SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 7 minutos.)

-Estamos esperando la llegada del señor Senador Gallo, quien seguramente vendrá en cualquier momento, pero dado que en la tarde de hoy no tenemos un tiempo indefinido -tengo entendido que a las 18 y 45 horas el Palacio Legislativo va a liberar a los funcionarios que no tienen locomoción propia-, creo que podríamos comenzar la sesión.

Tuvimos una conversación con la señora Ministra de Salud Pública para dividir el tiempo de que disponemos en dos bloques: uno de aproximadamente sesenta minutos, a los efectos de que ella y su equipo realicen la exposición y otro de cuarenta y cinco minutos, a fin de que los integrantes de la Comisión podamos hacer preguntas o comentarios.

Desde ya agradecemos la presencia de la señora Ministra de Salud Pública, del señor Subsecretario y demás representantes de dicha Cartera, así como de la señora Directora de ASSE y demás autoridades del Organismo.

SEÑORA MINISTRA.- Muchas gracias.

En principio queríamos presentarnos junto con todo el gabinete del Ministerio de Salud Pública. A muchos de ellos ya los conocen, como son los casos del señor Subsecretario y del doctor Gallo. En esta ocasión vamos a presentar a la doctora Marlene Sica, quien es Directora General de la Salud y al contador Ariel Rodríguez, Director General de Secretaría.

Voy a tratar de ser muy breve en la exposición, justamente para dar tiempo a que nos formulen preguntas.

Desde que iniciamos nuestras funciones en el Ministerio de Salud Pública hemos venido trabajando en la conformación de tres gabinetes diferentes. Uno de ellos, el de los Directores Generales, es con el que nos reunimos los lunes de tarde, y son quienes están en esta oportunidad. También está el llamado gabinete de descentralización, conformado por los Directores Departamentales, y es el que atiende, justamente, el proceso de descentralización -con el que todos estamos de acuerdo- que nos ha encomendado -por así decirlo- el señor Presidente de la República. El tercero es el gabinete ampliado -con el que hasta ahora hemos trabajado en una única sesión-, en el que todos los Directores dependientes de estos Directores Generales participaron y presentaron el plan de trabajo.

Por lo tanto, ahora vamos a presentar el plan de trabajo que elaboramos todos juntos, a los efectos de que ustedes estén en conocimiento de cuáles han sido los ejes que se han priorizado.

Aquí tenemos el organigrama, que los señores Senadores ya conocen.

Ahora aparecen los puntos que vamos a ir desarrollando a lo largo de la exposición, que son los siguientes: la universalización de la cobertura a través del Fonasa; la actualización del Plan Integral de Atención en Salud; la democratización; la política de recursos humanos; los aspectos que tienen que ver con las redes integradas de servicios de salud; las acciones intersectoriales; el fortalecimiento de la rectoría y las políticas de calidad y seguridad del paciente.

El contenido de la siguiente diapositiva ya es conocido por los señores Senadores, por lo que no voy a ingresar en él puesto que no es el objetivo. Sin embargo, sí quería mostrar que seguimos cumpliendo con los procesos que ya se habían iniciado, es decir, seguir incorporando los colectivos al Fonasa, tal como lo establece el cronograma. En el mes de diciembre de 2012 están en el Fonasa 2:100.000 uruguayos.

La siguiente diapositiva nos muestra que en julio de 2012 se incorporaron aquellos pasivos que tenían un prestador privado y también aquellos pasivos mayores de 74 años cuyos ingresos no superasen las tres Bases de Prestaciones y Contribuciones que no contaban con una cobertura en un prestador integral privado.

Por último, los cónyuges con hijos a cargo se incorporaron en diciembre de 2012. Con todo esto llegamos a la cifra de 2:500.000 usuarios.

La siguiente transparencia nos muestra cómo siguen las incorporaciones al Fonasa.

En julio de 2013 se integran al seguro los pasivos que a diciembre de 2010 no contaban con cobertura de un prestador privado, mayores de 70 años y cuyos ingresos no superan las cuatro Bases de Prestaciones y Contribuciones. Para el mes de diciembre se van a incorporar los cónyuges, independientemente de que tengan o no hijos a cargo. Por lo tanto, es esperable que para el año 2016 -hasta este año se siguen completando las incorporaciones- se llegue a una cifra de 2:500.000 beneficiarios del Fonasa.

En todo esto venían trabajando las Administraciones anteriores y, por lo tanto, se sigue cumpliendo con el cronograma previsto.

Cabe destacar que el 77% de quienes financian al Fonasa son trabajadores activos. El 9% proviene de Rentas Generales, lo que demuestra que es un sistema absolutamente solidario, puesto que está financiando a otros sectores: los pasivos, los menores y cónyuges. El Fonasa gastó $ 34:683.000 en el año 2012, de los cuales el 83% se paga a los prestadores como cápitas; un 8% al Fondo Nacional de Recursos -quiere decir que se aporta a los IMAE-; el 6% se paga como concepto de las metas y, finalmente, hay un 2% que se destina para los seguros integrales.

La próxima diapositiva presenta las coberturas del Sistema Nacional del Fonasa por prestador. Podemos observar las diferencias entre diciembre de 2006 a enero de 2013: ASSE bajó un poco el número de usuarios, pero aumentó muchísimo el número de usuarios por Fonasa. En aquel entonces eran un 7% y, al día de hoy, son un 14%. En los prestadores, sobre todo, en las mutualistas, hay un aumento de los socios por Fonasa.

Esta imagen muestra los resultados de una encuesta de opinión realizada en 2010 por una empresa consultora de opinión pública en la que se pregunta a los usuarios si están satisfechos con su prestador.

En la primera barra del gráfico se muestran todos los usuarios del sistema. En verde más oscuro figuran los que están muy satisfechos; en verde más claro se muestra a quienes están satisfechos; los que opinan que no están satisfechos, pero tampoco insatisfechos, están representados con el color blanco; en amarillo se indica a quienes están insatisfechos, y en rojo, los que están muy insatisfechos.

Luego observamos un trabajo elaborado en 2010 sobre lo que ocurre en Montevideo y en el interior con los seguros y con ASSE. En este caso vemos una alta proporción, tanto de usuarios satisfechos como de usuarios insatisfechos. La última encuesta fue realizada por la Junasa, que no es contratada por los prestadores. En ella se evalúa la satisfacción en el primer nivel de atención hospitalaria. También se pregunta a los usuarios si seguirían siendo socios de la institución que les presta la atención.

De ella se desprende que el porcentaje de satisfacción es alto -aquí hay una diferencia-, y los más altos son los seguros privados. Tanto ASSE como las instituciones de asistencia mutual tienen porcentajes muy altos de satisfacción en el primer nivel de atención -mayor aún en la internación hospitalaria-; esta encuesta muestra una alta fidelidad de los usuarios al prestador, donde la mayoría manifiesta que seguirían siendo socios.

Este trabajo todavía no fue presentado a la opinión pública, por lo que hoy es una primicia. Nos parecía muy importante traerla para conocimiento de los señores Senadores.

En la siguiente imagen aparece uno de los temas que queríamos conversar con los integrantes de la Comisión: la revisión del paquete integral de prestaciones que tiene el Sistema Nacional de Salud.

Vamos a enfatizar, fundamentalmente, tres áreas en las que hemos presentado revisiones.

En cuanto a los temas sobre salud sexual y reproductiva hay algunos aspectos que nos parece importante mencionar. El alto índice de aprobación o satisfacción y los servicios que se han incorporado están vinculados, fundamentalmente, a la logística y a la administración de los métodos anticonceptivos: la ligadura tubaria, la vasectomía y la administración de preservativos.

Independientemente de la interrupción voluntaria del embarazo, hay un dato que ustedes tienen que saber porque me parece que es muy importante: hay una mayor adhesión de los usuarios porque la administración de los métodos anticonceptivos y el asesoramiento en dichas áreas es superior.

Por otro lado, este equipo de trabajo se ocupa de otras áreas que están vinculadas a acciones intersectoriales en lo que refiere a violencia y a violencia de género. También hemos iniciado un trabajo con poblaciones que están bastante marginadas en nuestra sociedad y en los servicios de salud. En particular, se trata de lesbianas, gays, transexuales. Se trata de poblaciones con las que resulta muy difícil trabajar. En este caso, estamos trabajando con ellos, asegurando la accesibilidad a los servicios de salud.

En este sentido, iniciamos un camino que nos va a llevar tiempo para recorrer, pero creo que estamos logrando resultados.

En lo que refiere a salud mental, los señores Senadores saben que las prestaciones de salud mental se incorporan al PIAS -Plan Integral de Asistencia en Salud- a partir del año 2010.

Se está trabajando con tres modalidades de atención. La primera de ellas es de atención grupal y está dirigida a niños, adolescentes, trabajadores de la enseñanza y trabajadores de la salud. En este caso, la prestación es grupal.

En la segunda modalidad se incluye la psicoterapia y está dirigida, básicamente, a los mismos grupos, es decir, niños, adolescentes, trabajadores de la salud y de la enseñanza. A esto se le agregan los familiares de adictos.

Por último, la tercera modalidad incluye la psicoterapia rehabilitante para aquellas personas que presentan trastornos mentales severos y persistentes. A su vez, estos grupos abarcan a personas adictas a sustancias psicoactivas. En ese sentido, el equipo de salud mental viene expandiendo sus prestaciones y difundiendo el trabajo que está realizando.

Por otro lado, desde el año 2010 se viene trabajando en un proyecto de salud rural. En esta etapa se está culminando un jalón, por cuanto se terminó el censo de poblaciones rurales. Este censo se hizo en territorio con los actores comprometidos -específicamente en aquellas poblaciones de menos de cinco mil habitantes-, realizando un relevamiento muy minucioso, tanto de los recursos humanos como de las condiciones de infraestructura, del equipamiento y de las prestaciones que se brindan. Es así que al día de hoy se está elaborando una validación de ese censo de salud rural y se está presupuestando por departamento cómo implementar este proyecto. A su vez, se está trabajando en los departamentos limítrofes con Brasil, salvo Treinta y Tres, en un proyecto realizado con la cooperación brasileña y alemana, en el que se elaboró una guía de salud rural que se está distribuyendo entre los prestadores.

Habiendo hecho referencia a la universalización del Fonasa -que era uno de los ejes centrales- y a la revisión del paquete integral de prestaciones, pasamos a referirnos a otro tema que consideramos fundamental, que es el concerniente a la democratización del Sistema Nacional Integrado de Salud, en particular, la fuerza y la presencia con que llega al interior del país.

La Junta Nacional de Salud actúa con las Juntas Departamentales de Salud. Como los señores Senadores sabrán, estas Juntas están presididas por los Directores Departamentales que tenemos en el territorio pero, además, por los distintos prestadores que se encuentran en cada uno de los departamentos del país, usuarios y trabajadores de los distintos gremios. Al día de hoy, todo el interior del país cuenta con su Junta Departamental de Salud, con distinto nivel de desarrollo, pero todas se encuentran trabajando. Este año vamos a instalar la de Montevideo que presenta una complejidad diferente debido a la cantidad de prestadores que existen. Por otro lado, los Consejos Consultivos y Asesores de Salud ejercen el contralor, pero han generado propuestas que han mejorado muchísimo la calidad de los prestadores.

A su vez, otra experiencia que nos parece muy importante destacar es el Foro Social Uruguayo de Salud, el cual es una herramienta de planificación participativa que se desarrolla en ese territorio y se lleva a cabo departamento por departamento. Allí se presentan los proyectos del Ministerio de Salud Pública, y a su vez concurren todos los usuarios del sistema, los distintos prestadores y trabajadores, eligen tres temas que consideran que son prioritarios para su departamento y juntos elaboran una hoja de ruta -ayudados por los facilitadores del Ministerio- para llegar a una solución. Finalmente, firman acuerdos entre todas las partes para llevarlos a cabo y analizar cómo instrumentarlos.

Con respecto a esto, se trabajó en la región este del país, es decir, en los departamentos de Cerro Largo, Treinta y Tres, Rocha, Maldonado y Lavalleja. También se llevó a cabo un encuentro regional con todos ellos donde participaron ciento cincuenta personas y los problemas que enfatizaron, priorizaron y sobre los que se está trabajando, son los referidos a la calidad de las maternidades y al traslado perinatal. Nos parece que este foro nacional es la esencia misma de la descentralización por cuanto, tanto usuarios como trabajadores -junto con los gestores- planifican y priorizan las acciones a llevar a territorio y nos recomiendan cómo establecer esos planes.

Otra área en la que se viene trabajando, ya desde el año 2010, es la política de recursos humanos para el Sistema. No solo decimos que el Sistema Nacional Integrado de Salud tiene ciertas carencias con determinadas especialidades y tecnicaturas, sino que además están mal distribuidas. Esa es una preocupación, pero con la preocupación no hacemos nada. De manera que a nivel de la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud -no está la Directora, que es Elena Clavell, pero nos está acompañando la economista Ida Orellani- se crea una División Recursos Humanos especializada, en donde se pretende tener un diagnóstico de la situación de los recursos humanos en el país y planificar el futuro de ese Sistema Nacional Integrado. Estamos pensando, por ejemplo, en la formación, -por supuesto- sin que esto implique una injerencia en las políticas universitarias y respetando la autonomía, pero sí de alguna forma haciendo rectoría en cuáles serían las especialidades que necesitamos, qué capacitación deberían tener a lo largo de toda la carrera y cómo se deberían distribuir en el territorio. Lo cierto es que a instancias de la OPS y de convenios internacionales que hemos hecho, se ha creado el Observatorio de Recursos Humanos, que está impulsado y conducido por el Ministerio pero que está integrado, además, por la OPS, ASSE, la Universidad de la República, la FUS, el SMU y la FEMI gremial, entre otros.

Otra iniciativa que se ha tenido a nivel de esta División especializada es la creación y desarrollo del Nodo Uruguay en el Campus Virtual de Salud Pública. En todas estas áreas trabajamos muy estrechamente con la OPS y aprendemos de las experiencias internacionales. Es así que se han elaborado diversos estudios sobre la necesidad de personal de salud en el Uruguay, que están disponibles en la página web del Ministerio de Salud Pública. Recordamos que antes se hizo el censo de médicos y el censo de enfermería -ya están los resultados disponibles-, y estamos viendo cuándo iniciar el censo de psicólogos.

Otra área en la que estamos trabajando es el laudo común para el sector de salud. Como los señores Senadores saben, hay un grupo de negociación colectiva, que es el Grupo 15, y también se

está planteando la negociación colectiva del sector público con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

También se está trabajando -en este tema no me voy a detener porque seguramente los señores Senadores lo conocen, pero si no es así, estamos a disposición para ampliar la información-, junto con la Universidad de la República, en la creación de las Unidades Docentes Asistenciales en la red de atención de ASSE.

El proyecto de ley sobre regulación del ejercicio de enfermería todavía está en elaboración, y hay un proyecto de ley -que ustedes ya lo tienen aquí- de Residencias Médicas para el sistema, cuyo objetivo es, justamente, radicar estos recursos humanos en el interior del país. Aclaro que por ahora estamos hablando de recursos humanos médicos.

En cuanto a la necesidad de asegurar la continuidad asistencial y a las dificultades que tenemos en ese marco, sobre todo en el interior del país, a nivel internacional lo que se recomienda son las redes integradas de servicios de salud, filosofía que compartimos. Ahora bien, nosotros tenemos un prestador -el prestador público- que es ASSE, cuyas autoridades nos están acompañando, que tiene presencia en todo el país. Por lo tanto, para iniciar esta red integrada de servicios de salud, de alguna forma tomamos la plantilla base -por así decirlo-, el molde de ASSE y empezamos a trabajar con los prestadores privados, generando acuerdos que nos permitan alcanzar ese objetivo a nivel nacional. La idea es -obviamente, esto es un proceso que se va dando en forma gradual- que el 90% de los problemas de salud -esa es nuestra aspiración- se resuelvan en el interior, aunque esto no quiere decir que siempre se dé en el departamento de origen porque, si fuera así, muchas veces no dispondríamos de todos los recursos en todos los departamentos, fundamentalmente humanos. Por lo tanto, apostamos, justamente, al trabajo en red entre los departamentos vecinos. Existe un plan que nos parece bien interesante como modelo: el plan de Regionalización de ASSE, acerca del cual después ustedes quizás quieran hablar más en detalle con su Presidenta. ASSE genera cuatro regiones en el país: una región norte, que abarca a todos los departamentos situados al norte del Río Negro, salvo Cerro Largo; la región este, constituida por Cerro Largo, Treinta y Tres, Lavalleja, Maldonado y Rocha; la región centro, que corresponde a los departamentos de Río Negro, Soriano, Colonia, Florida, Flores y San José; y, finalmente, la región sur está formada por Montevideo y Canelones. Estas áreas son administrativas, financieras y asistenciales, y en ellas se genera una red y, además, hay acuerdos entre los distintos efectores de ASSE para la resolución de problemas desde el punto de vista regional. La idea es establecer convenios, acuerdos de complementación con los prestadores privados, lo que no quiere decir que dejen de existir los mecanismos de compra de servicios -son cosas distintas-; la idea es tratar de resolver la mayor parte de las patologías en la región.

Asimismo, estamos avanzando en la implementación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. Esto quiere decir que este trabajo no solamente se hace en la red de ASSE, sino que también intervienen otros efectores como el Hospital de Clínicas, BPS, Banco de Seguros y, en el caso de Montevideo, los efectores que tiene la Intendencia de Montevideo. La idea es empezar a trabajar con el Congreso de Intendentes para ir incorporando en los acuerdos a todos los servicios de salud de las áreas municipales.

En cuanto a otros aspectos de la construcción de la red público-privada, la política de complementación asistencial llevada adelante desde la Junta Nacional de Salud prevé la realización de convenios de complementación, que son acuerdos llevados a cabo entre los efectores o prestadores, asumiendo que todos podemos no tener todos los recursos, principalmente los humanos. Hacemos acuerdos para la prestación de servicios tomando en cuenta que estos se encuentren lo más cercano posible al domicilio del paciente. Esto implica una racionalización de los recursos, pero también una mejora en la calidad y equidad en lo referente a las prestaciones, ya que son los mismos equipos los que atienden o asisten a toda la población.

Por otro lado, existe el proyecto de red de maternidades, que abarca las de baja complejidad y las de alta complejidad. Ustedes saben que hay una ordenanza, que fue promulgada en el año 2012, por la cual existen maternidades de baja complejidad para los embarazos y partos normales, pero con la posibilidad de que se tenga un servicio de traslado adecuado para recurrir, en caso de ser necesario,

a maternidades de mayor complejidad, en las que se requiere tanto de CTI neonatales como de CTI obstétricos o, quizás, CTI de adultos, pero pudiendo ingresar a esas mamás, si así lo requieren.

Otro proyecto en el que estamos trabajando -y sobre el que no quiero entrar en mayor detalle ahora; si ustedes quieren, podemos enviarles la documentación respectiva- refiere a la posibilidad de realizar traslados médicos como una forma de mejorar la calidad y la seguridad del paciente.

En lo que tiene que ver con las acciones intersectoriales, seguimos trabajando en la política de control de los efectos nocivos del tabaco y tenemos la idea de que en algún momento desaparezca la publicidad en relación al tabaco. Ustedes saben que Uruguay viene dando una batalla muy dura al respecto y que por eso somos reconocidos a nivel mundial, pero también hay que destacar que han surgido algunas dificultades dado que ha aumentado el cáncer de pulmón en mujeres, por lo que este año vamos a hacer acciones de promoción dirigidas a este grupo. Podemos decir que a nivel global el tabaquismo ha descendido en 7 puntos porcentuales y a nivel de adolescentes en 17 puntos, lo que es bien promisorio. De todas maneras, este año tenemos que trabajar en el tema de la salud de las mujeres y estamos armando campañas en ese sentido.

Por otro lado, debemos mencionar las campañas de prevención y promoción en salud en cuanto a determinadas enfermedades como el dengue o la gripe, aunque no me voy a detener en esto porque ustedes ya las conocen. A esta altura, me parece bien importante decirles que por el plan de inmunizaciones llevamos suministradas 200.000 dosis en menos de un mes. A su vez, habrán escuchado que a partir de ayer empezamos a vacunar contra el Virus del Papiloma Humano; al respecto, quiero aclarar -porque hay alguna información que no se manejó de una forma totalmente correcta en la prensa- que la vacuna es una herramienta más en el combate al cáncer de cuello de útero, pero no podemos decir que cure o prevenga todos los cánceres. Digo esto porque me parece que es importante que se maneje bien la información. También quiero decir que vamos a iniciar la campaña de vacunación antisarampionosa en las poblaciones que no recibieron ninguna de las dos dosis, o sea, en los nacidos entre 1967 y 1986. ¿Por qué se tomó esta resolución? Porque estamos próximos a la realización de eventos deportivos y en el último mundial de Futbol se dio el contacto de poblaciones susceptibles con poblaciones portadoras y hubo contagio. Cabe aclarar que en nuestro país no tenemos casos.

En cuanto a la estrategia sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, estamos trabajando con un proyecto del Banco Mundial que desarrolló acciones de promoción, detección precoz y tratamiento oportuno. Particularmente, se está trabajando con ciertos cánceres más prevalentes en la población y con enfermedades cardiovasculares. Esta estrategia se desarrolló con todos los prestadores en los departamentos de Treinta y Tres, Tacuarembó y Río Negro, pero la idea es realizar un plan país.

En lo que tiene que ver con las Comisiones -creo que ustedes ya las conocen-, podemos mencionar el Sistema Nacional de Cuidados, en el que trabajamos en conjunto con el Mides, y el Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia, que delinea y elabora políticas en este sentido. Además, trabajamos muy fuertemente en el Programa Uruguay Crece Contigo, junto con la OPP y con ASSE, en embarazadas y niños hasta los cinco años, sobre todo enfatizando en poblaciones vulnerables -en este caso estamos llegando a 230.000 familias- y con personas en situación de calle. También queremos decir que trabajamos en importantes acciones intersectoriales en el tema violencia.

En cuanto a los aspectos vinculados a la rectoría, queremos enfatizar que en la Ley de Presupuesto 2010-2015 se creó la Unidad de Descentralización Territorial con 19 Direcciones Departamentales y en este momento estamos abocados a fortalecerlas junto con las Juntas Departamentales de Salud. Otra área que se generó es el Departamento de Programación Estratégica en Salud -Depes-, que vincula todos los programas de salud. A su vez, en la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud -cuya Directora es la Economista Orellani- hay un área muy importante que es Economía de la Salud, que trabaja en el área de la planificación de Recursos Humanos.

Lo cierto es que estamos abocados a un proyecto de reestructura ministerial y hemos sido elegidos -por decirlo de alguna manera- como un piloto de fortalecimiento institucional con la Oficina Nacional de Servicio Civil y la OPP.

El objetivo era crear una estructura moderna con un personal calificado y comprometido, y creo que contamos con un Ministerio que tiene personal altamente calificado, y reconocido incluso por organismos internacionales, pero tenemos una estructura que, en realidad, no se adapta a los nuevos tiempos.

Desde el año 2006 estamos trabajando muy fuertemente sobre algunas acciones que tienen que ver con la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Como los señores Senadores saben, en el año 2006 el Fondo Nacional de Recursos capacitó a trescientos técnicos en estas áreas y en el último año fue una impronta bien interesante la conformación del Comité de Seguridad del Paciente en prácticamente todas las instituciones.

Si el señor Presidente está de acuerdo, voy a ceder el uso de la palabra al Subsecretario, que es quien está encargado de esta área.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Es un gusto, como siempre, estar en esta Casa acompañando a la nueva Ministra. Me tocó seguir de largo y estoy muy contento de estar con Susana Muñiz en este desafío.

La Estrategia para la Seguridad del Paciente, como saben los señores Senadores y como bien lo explicó la señora Ministra, se está implementando desde el año 2005 a nivel del Ministerio de Salud Pública. Es una estrategia nueva que, en realidad, tiene menos de diez años a nivel de la Organización Mundial de la Salud pero, desde nuestro punto de vista, cobró especial relevancia en marzo del año 2012 por los sucesos acaecidos en una institución privada y en un hospital público. Frente a esas situaciones, el Ministerio dio una respuesta sistémica, tratando de englobar aquellos actos dentro de una estrategia mucho más global que previniera el error en medicina. El error es inherente a la práctica médica, pero hay formas de minimizarlo. En ese sentido, apoyándonos en el trabajo que venía haciendo el Ministerio con anterioridad, se formó la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente. Los señores Senadores tuvieron a bien aprobar un proyecto de ley en función del cual el 14 de abril se celebra el Día Nacional de la Seguridad del Paciente, fruto del denodado trabajo de la madre de Rodrigo Aguirre. Creo que eso dio una fuerte impronta a toda la temática y hoy nos sentimos conformes con el trabajo realizado sobre este tema y en las áreas cerradas, sobre todo, del CTI, donde se ha capacitado a más de quinientas personas en todo el país y se han relevado los mecanismos de funcionamiento que hacen más segura la atención en los CTI de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Este año tenemos como prioridad trabajar en el desarrollo de la Estrategia para la Seguridad del Paciente, en todos los aspectos que tienen que ver con la atención materna y perinatal, que es un elemento que nos parece fundamental y que se complementa con otras líneas estratégicas del Ministerio.

SEÑOR PRESIDENTE.- Gracias señor Ministro y señora Subsecretaria.

SEÑOR GALLO.- Realmente hemos escuchado de parte de la señora Ministra -y a su solicitud- los cambios que se están llevando adelante en el marco de la Reforma de la Salud y de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

A mi juicio, esta presentación tuvo dos características que quiero destacar. En primer lugar, si bien fue realizada en forma resumida y breve, fue muy concreta. En segundo término, sigue la línea de los planes que se estaban poniendo en marcha según manifestaciones de los anteriores ministros en ocasión de también haber concurrido a esta Comisión. Para quienes realmente creemos en la reforma de la salud que comenzó en 2007 con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, con la creación del Fondo Nacional de Salud y con la primera descentralización de ASSE, vemos que en el desarrollo de la misma -van poco menos de cinco años; es poco tiempo para una reforma de este tipo- se va avanzando en los lineamientos que se tenían previstos.

El objetivo de la reforma tiene cuatro o cinco puntos que esperamos se puedan conseguir en el tiempo más breve posible. El sistema coordina y complementa el sistema público y privado; esa es la característica fundamental. De acuerdo a la realidad de la salud de aquel momento, no había otro camino para avanzar que la integración del sistema público y privado en coordinación y complementación. Creo que en eso se está trabajando. Fue así que se comenzó a trabajar en ello a pesar de la dificultad provocada por la simetría entre el sistema público y el privado, y se empezó a trabajar en el fortalecimiento de ASSE a través de los recursos presupuestales que se votaron. El objetivo final es lograr un sistema público y privado de salud con la misma calidad asistencial -a eso se apunta-, con la misma característica de funcionamiento, prestándole asistencia universal de calidad, integral y de forma accesible a todos los uruguayos. Entonces, debemos evaluar si continuamos o no trabajando en esa línea; yo creo que sí.

Considero muy interesante el hecho de la que la señora Ministra reafirme la línea por la cual el sistema venía avanzando, dirección que ya había sido anunciada en esta Comisión por los anteriores ministros. En ese sentido me parece que ha sido excelente. Reitero que seguimos avanzando en esa dirección. Por supuesto que puede haber dificultades en algunos de los puntos planteados por la señora Ministra; pienso que tienen que ir solucionándose los problemas que a grandes rasgos surgen en el avance del Sistema Nacional Integrado de Salud. Se trata de un tema de recursos económicos y humanos. Ese es el problema. Por lo tanto, vamos a seguir avanzando en la medida en que se vayan ajustando las posibilidades que tengamos de obtener recursos. Algunas de las graves dificultades que hemos tenido han sido consecuencia de la falta de recursos humanos y económicos. Hubiésemos querido avanzar mucho más rápido en la universalización de la salud, pero no ha podido ser debido a la manera en que está implementada la financiación del sistema; el Estado tiene que poner una parte importante, cosa que progresivamente está haciendo.

En mi opinión, la presentación de la señora Ministra ha sido muy satisfactoria; creo que se está avanzando en la línea trazada que, en definitiva, es el objetivo final. Obviamente, puede haber dificultades -tal vez ahora se vayan a plantear por parte de algunos señores Senadores- pero creo que no empañan lo satisfactorio de la presentación que ha hecho la señora Ministra.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- Ante todo, quiero agradecer la concurrencia y la presentación que hizo la señora Ministra. También quiero felicitar a la doctora Sica y al contador Rodríguez por sus nombramientos, y saludar al equipo en general, que está llevando adelante el Sistema Nacional Integrado de Salud que, como bien señaló el señor Senador Gallo, es un proyecto base, fundamental para nuestro Gobierno. No es solamente un nombre, sino que significa la integralidad de la salud al conjunto de la población.

Como hemos visto en la presentación -y se ha reiterado en otras oportunidades-, lentamente, estamos llegando al conjunto de la población en lo que tiene que ver con el tema del cuidado de la salud y la prevención de enfermedades. En realidad, estamos llegando a todos los sectores, los de mayor y los de menor capacidad, y también a todos los grupos etarios, desde recién nacidos a la tercera edad.

Entiendo claramente que este proyecto -como bien dijo el señor Senador Gallo- recién empieza y, como siempre hemos dicho, irá cambiando constantemente, dado que se va a ir perfeccionando.

Voy a formular algunas preguntas concretas porque existen algunas preocupaciones, generadas fundamentalmente a raíz de ciertos problemas o situaciones complicadas. No obstante, también hay de las otras: situaciones buenas, que creo que son muy buenas porque la señora Ministra mencionó una encuesta muy interesante. A propósito de estos temas, el Sistema Nacional Integrado de Salud -desde mi humilde opinión- cuenta con un elemento muy importante, que es la participación de los usuarios, además de la de los trabajadores. Los usuarios son quienes reciben la atención y son quienes, fundamentalmente, dan y tienen que dar su opinión. En las sociedades modernas se toma como algo muy importante la participación de la sociedad civil, y en estos casos es fundamental la de los usuarios de salud. Por tanto, nos importa mucho saber cuál es la opinión del usuario. En oportunidad de que la doctora Susana Muñiz fuera nombrada Ministra de Salud Pública, el Presidente de esta Comisión planteó la posibilidad de que fuese invitada y, justamente, ella también solicitó ser

recibida. La idea era intercambiar opiniones tal como está sucediendo en este momento, pero es evidente que luego, lo que surge en la opinión pública es lo que aparece en la prensa como cuáles fueron las muertes evitables. En realidad, de lo que queremos hablar es del sistema integrado en general y no exclusivamente de los aspectos puntuales que, por supuesto, nos preocupan y mucho porque queremos que el sistema funcione prácticamente en forma perfecta.

En el caso del prestador estatal ASSE, ¿a cuántos usuarios está atendiendo? ¿Bajó o subió la cantidad de usuarios? ¿Por qué consulto esto? Porque algunos dirigentes políticos -en este caso el señor Senador Bordaberry- ha dicho que en ASSE hay 400.000 usuarios menos. Se duplicó el presupuesto, o sea que están atendiendo a menos personas y tienen más dinero. También sostiene que faltan ambulancias, por ejemplo, en Reyles, Vichadero e Isla Patrulla.

Entiendo que debemos tener las respuestas para estos temas que se declaran públicamente y con preocupación. Si bien comprendo que tener una ambulancia es algo costoso, creo que debemos escuchar qué se piensa al respecto y cómo se está atendiendo esta situación.

Por otro lado, es cierto que ASSE atiende a todo el país, desde el Montevideo más urbano hasta el Uruguay más profundo y, precisamente hoy, en el Día del Trabajador Rural, cuánto más debemos pensar en ello. Sé que en muchos lugares del interior ASSE trabaja en complementación con las mutualistas o las cooperativas médicas. ¿Cuál es esa complementación? ¿Cómo se da? ¿Cuántos usuarios atiende ASSE y como se da esta complementación? Consulto porque esto tiene que ver con el sistema como tal. Nosotros queremos un sistema integral, pero además privado y público. He recorrido varios lugares y he comprobado que por todos lados hay clínicas o policlínicas de ASSE; no ocurre lo mismo -lógicamente, debido a los costos- con las sociedades médicas. Entonces, ¿cómo se atiende? ¿Cuál es el tipo de cobertura?

Se insiste -lo dicen, no lo digo yo- en que ASSE tiene más recursos y menos usuarios; que hace menos o que lo hace peor; que hay falta de eficiencia y, en muchos casos, se habla de caos en la gestión. Planteo todo esto porque, sin duda, la prensa genera preocupación en los usuarios y, por ello, me gustaría que la Presidenta o el señor Vicepresidente de ASSE nos explicasen cómo ven la situación y cómo piensan que se están sintiendo los usuarios. Es evidente que estas situaciones difundidas en la prensa generan inmediatamente nerviosismo, fundamentalmente en aquellos que están más lejos del problema, si es que ha existido.

Me importa mucho la evolución del sistema, por lo que quisiera que conversáramos en esta oportunidad sobre la falta de ambulancias -que siempre ha sido un problema en todas partes-, sobre los Centros de Tratamiento Intensivo y todo aquello que queremos tener a nuestro alcance, como los tomógrafos, los mamógrafos, etcétera. Yo sé que estas son grandes herramientas, pero también -no sabemos si ustedes lo plantearon- hay que tratar de ayudar a los profesionales para que se queden en el interior del país, porque a veces faltan especialidades de todo tipo para poder atender los distintos e importantes casos que existen en el área médica.

Estas son algunas de las preguntas que deseaba formular. Quisiéramos saber cuánto nos afectan todas estas cuestiones de prensa, más allá de todo lo que nosotros estamos viendo. Entiendo que debemos repetir y manejar el tema porque el Parlamento tiene derecho a recibir toda la información y luego el deber de transmitirla en forma correcta, fundamentalmente en lo que hace a las políticas nacionales, pero también en lo que es el prestador estatal que creo que, sin duda, está cumpliendo su papel en forma muy importante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Como disponemos de poco tiempo -lo dijimos al principio-, propongo que hagamos la ronda de intervenciones por parte de los integrantes de la Comisión hasta las 18 y 30 horas -les solicitamos que sean lo más breves y concretos posible; yo también trataré de serlo cuando me toque el turno- y a partir de esa hora hasta las 18 y 45 horas o 19 horas, en que finalizaremos la sesión -por la razón que ya expuse-, damos la oportunidad a las autoridades para que respondan.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Me parece que lo que vamos a escuchar y quizás lo que podamos preguntar es tan importante que no podemos estar como en un partido de fútbol, jugando con un

tiempo determinado de 45 minutos. Entonces, si los planteos del señor Senador Fernández pueden ser respondidos en este plazo, se responderán ahora. Si las consultas siguientes se pueden contestar antes del plazo, también se responderán y luego deberíamos hacer un cuarto intermedio hasta una próxima sesión. Aclaro desde ya que las preguntas que voy a formular deben insumir media hora para ser contestadas y, quizá, las de la señora Senadora Moreira y las del señor Senador Moreira, también serán importantes y llevará su tiempo responderlas.

Me parece que no puede ser que se trate el tema de la salud nacional en el Senado de la República con tiempo fijo, como en un partido de fútbol. Si ello fuera así, lamentablemente no participaré, porque me parece que, además de lo expresado, es una falta de seriedad para quienes han venido preparados para contestar nuestras interrogantes. No podemos decirles que porque no va a haber ómnibus -no sé por qué no hay ómnibus un día de trabajo, pero eso lo pueden contestar otros que saben más de ese tema que yo-, esta sesión debe terminar a tal hora. No podemos hacer venir a todo el equipo de la salud y luego decir que solo pueden hablar quince minutos cada uno.

Reitero que soy partidario de que se contesten las preguntas que ya han sido formuladas y si queda tiempo contestarán las siguientes, para luego pasar a cuarto intermedio hasta otro día. No me resigno a hablar dos minutos de este tema.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Senador Lacalle Herrera ha planteado una moción de orden. Quisiera conocer la opinión de los demás Senadores integrantes de la Comisión.

SEÑORA MOREIRA.- Creo que la institución Palacio Legislativo ha tomado una decisión con relación al tema horarios. Entonces, de acuerdo con esta disposición administrativa -que, en mi opinión, afecta a los funcionarios del Palacio Legislativo-, entiendo que la metodología propuesta por el señor Presidente es la más adecuada, en el sentido de que todos hagamos las preguntas y formulemos observaciones -algunas serán preguntas y otras serán consideraciones de carácter general- de la manera más escueta posible -las cosas importantes también pueden decirse en poco tiempo-, para luego dar el mayor tiempo posible a los representantes del Ministerio de Salud Pública y de ASSE para que respondan.

En síntesis, en atención a una medida administrativa, que es para el conjunto del Palacio Legislativo, preferiría seguir la metodología planteada por el señor Presidente.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Según su planteo, ¿el equipo no vuelve más?

SEÑORA MOREIRA.- Según mi planteo, si se quiere que el equipo vuelva habrá que citarlo en otra oportunidad.

SEÑOR MOREIRA.- Realmente estoy de acuerdo con la posición del señor Senador Lacalle -creo que los propios invitados deben ser los que más de acuerdo están-, porque miramos las imágenes y escuchamos la explicación, que nos pareció muy interesante, pero el motivo de la convocatoria eran puntos muy concretos, por lo menos, fue lo que yo entendí. Inicialmente, la señora Ministra pidió ser recibida por razones de cortesía para su presentación, lo que no pudo ser posible por distintas razones. Después, el señor Presidente de la Comisión planteó temas muy específicos que tienen que ver con estas muertes que han sucedido, con la objeción de conciencia, con las muertes que se dieron en el Hospital Maciel y en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, con los sumarios y las investigaciones administrativas. En fin, son temas que no solo nos preocupan a nosotros como Senadores, sino a todos los uruguayos y, especialmente, a nuestros invitados que son los responsables del Sistema Nacional Integrado de Salud. Entonces, creo que no podemos hacerlo mediante preguntas y respuestas telegráficas, puesto que defraudaríamos a todo el mundo si hiciéramos algo así. Sinceramente, en lo personal, ignoraba la resolución administrativa tomada por Secretaría relativa a la falta de locomoción por el feriado del día de mañana. Quizás, esto pueda resolverse pasando a un cuarto intermedio, para continuar luego. Expresé mi malestar -y soy honesto-, en el sentido de que creo que los representantes del Ministerio debieron concurrir antes; tan así es,

que el propio Senador Agazzi -que hoy no está presente- estuvo de acuerdo conmigo. Quienes hemos desempeñado tareas de Gobierno, sobre todo de tan elevada responsabilidad como la que tienen nuestros invitados, sabemos que quienes gobiernan son los primeros en querer aclarar cosas que han causado muchísima preocupación en la opinión pública, sobre todo, tratándose de un prestador público que tiene 1:277.000 usuarios, según surge de la proyección presentada. Insisto en que le asiste razón al señor Senador Lacalle en el sentido de que no podemos hacer preguntas a toda máquina para que sean contestadas telegráficamente porque ninguno de nosotros estaría cumpliendo con nuestra obligación. Me parece que debemos instrumentar alguna forma para que los plazos no sean absolutamente perentorios, ya que ni las preguntas ni las respuestas van a ser satisfactorias.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Secretaría ha hecho una consulta sobre cuál es la disponibilidad de los funcionarios y ha obtenido la siguiente información: en tanto sesione la Comisión hay personal disponible para que funcione todo el tiempo que sea necesario. Quiere decir que si tenemos que sesionar hasta las 21, así lo haremos, o si tenemos que funcionar hasta las 23, también, no hay limitación. Sin embargo, si no pudiéramos agotar el tema en el día de hoy, seguramente, vamos a poder concertar otra fecha en la cual podamos continuar, lo que también puede pasar. De manera que, teniendo tiempo suficiente y disponible, podemos tener dos modalidades de trabajo: una sería que los invitados contestaran cada una de las interrogantes que se van planteando y, la otra, que hagamos una primera ronda de interrogantes, que sean contestadas y, después, sigamos profundizando. En definitiva, trabajaremos como a la Comisión le parezca.

SEÑORA MOREIRA.- En realidad, prefiero que primero hagamos una ronda de preguntas -porque muchos temas se van a repetir-, que luego se contesten y, si es necesario, hacemos una segunda ronda.

SEÑOR PRESIDENTE.- Consulto a todos los integrantes de la Comisión si están de acuerdo en que este es un buen criterio para trabajar.

SEÑOR GALLO.- Es el criterio que se ha empleado siempre.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es el criterio que hemos empleado, en forma reiterada, en distintas oportunidades.

SEÑORA MOREIRA.- Lo primero que quiero señalar es que yo misma recibí la iniciativa del Ministerio de Salud Pública para concurrir a esta Comisión. Quiere decir que me siento responsable de haber transmitido a esta Comisión la disposición que tenían las nuevas autoridades -como va de suyo, independientemente de los problemas que se suscitan en el día a día, estructurales o coyunturales- para concurrir, como usualmente lo hacen, a las Comisiones correspondientes del Parlamento a los efectos de informar sobre sus planes, proyectos y actividades. Así, pues, esta convocatoria se enmarca en una modalidad de este tipo.

¿Por qué digo esto? Porque en un diario -lo señalaba el señor Senador Fernández y, a su vez, yo llamé a la Secretaría de la Comisión- se informaba que las autoridades del Ministerio de Salud Pública iban a concurrir para dar cuenta de tantas muertes evitables en el sistema de salud. Quiero dejar constancia en la versión taquigráfica y aclarar a nuestros invitados que este no es el motivo de la convocatoria, sino que, al asumir nuevas autoridades y habida cuenta de que el Uruguay procesó una reforma estructural muy importante del sistema de salud, queremos preguntar sobre la evolución de estas reformas y hacer preguntas específicas sobre cosas que nos importan de ese proceso de reforma. Ese es el marco de la convocatoria.

Agradezco la presentación. Además, veo que hay una nutrida delegación femenina, lo que me hace auspiciar una excelente gestión, tanto por parte de ASSE como del Ministerio de Salud Pública. También quiero agradecer los datos que nos proporcionaron.

Voy a ser muy breve en mi intervención. La primera pregunta que quiero formular tiene que ver con el laudo común para el sector salud, que estaba incluido en la presentación. Justamente,

tenemos problemas en el día a día con relación a los salarios, formas de contratación, horas extras, nocturnidad, etcétera.

Me parece que esos son los problemas que más se suscitan, y si uno hiciera un seguimiento de prensa, creo que la cantidad de noticias que se procesan con relación a estos temas debe ser algo así como un tercio de las referidas al sector salud.

Tengo entendido que ya hay acuerdos más o menos específicos con respecto a los laudos. Quisiera saber cuál es la pretensión de un laudo común con relación a todos los trabajadores de sector, cuáles son los plazos, cuánto abarcaría y cuáles son sus expectativas con respecto a este tema.

El segundo punto al que deseo referirme tiene que ver con las Unidades Docentes Asistenciales en ASSE, además de la ley relativa a las Residencias Médicas.

Este asunto me lleva directamente al tema Hospital de Clínicas, respecto al cual siempre vamos y venimos, y aquí con una doble adscripción: al tema Universidad y a educación. Todos nosotros pretendemos que la enseñanza universitaria pueda ser cada vez más compartida por las unidades de ASSE y que los gastos del Hospital de Clínicas puedan ser compartidos por el sistema porque creo que para la Universidad significan la erogación del 30% o 40% de su presupuesto.

Por tanto, me gustaría saber cómo vemos este proceso en perspectiva, para que cada vez más ASSE pueda hacerse cargo de unidades donde se imparta enseñanza universitaria e ir equilibrando la responsabilidad sobre el Hospital de Clínicas.

La tercera pregunta que deseo formular tiene que ver con las Residencias Médicas y la concentración de los Recursos Humanos del sector salud.

Cada vez que ocurre algo, sobre todo en el interior, volvemos a traer el tema de la desigualdad regional -por llamarlo de alguna manera- de los recursos humanos aplicados en el sector salud.

Veo que aquí hay unos planes de regionalización de ASSE, de desconcentración del sistema de salud, pero también supongo que la complementación público-privada debe ser esencial para que en cada lugar del territorio se compartan recursos e infraestructura. También quiero preguntar, tanto a la señora Ministra como a la Presidenta de ASSE cómo vamos en esto, para resolver los problemas de la macrocefalia capitalina. No vamos a resolverlo de un día para el otro, pero quizás la complementación público-privada sea esencial.

Por último, según tengo entendido, vendría un proyecto de ley relativo a los derechos y obligaciones de los usuarios del sistema de salud. Se me acota que ya existe un proyecto de ley. Me gustaría saber qué es lo que tendríamos nosotros, como Legisladores, con relación a esto. ¿Habría algo nuevo?

Reconozco que no sabía que ya teníamos una ley referente a derechos y obligaciones. En el marco de la exposición, no entendí qué es lo que se pretende con respecto a esto.

Esas son las preguntas que deseaba formular.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Reitero que este no me parece el mejor mecanismo, pero dejaré algunos temas planteados.

Recuerdo como una etapa muy linda de mi vida cuando estuve vinculado a la tarea de la salud, lo hice como abogado, pero estuve bastante inmerso en la misma. Siempre lo recuerdo como un momento muy fructífero de mi vida porque aprendí muchísimo, desde adentro del sistema.

Antes que nada, debo decir -siendo sincero porque somos contrarios a la Reforma de la Salud, tal como se ha planteado- que Uruguay edificó durante más de un siglo un sistema de salud que empezó por la solidaridad cristiana, en la época de Montevideo antiguo, con el Hospital de Caridad, prosiguió con la asistencia pública y luego con la salud pública en lo referente a lo público. En el aspecto privado -por llamarlo de alguna manera- fue la solidaridad de los inmigrantes la que generó las grandes instituciones de socorro mutuo que, a mi juicio, se constituyeron en verdaderos modelos de funcionamiento. Por tanto y en nuestro concepto, el país tenía la atención de la salud dividida en dos sectores -queda demasiado grueso referirnos a los mismos como “privado” o “público”, pero instrumentalmente nos vamos a entender utilizando esos dos conceptos- y, a mi juicio, ambos requerían de la atención del Estado. Por un lado, los del sistema mutual necesitaban una simplificación en su funcionamiento y permitir, asimismo, que el mismo actuara con mayor libertad y, por otro, era necesario asignar todos los recursos posibles a salud pública. Esto presentaba un camino más corto para llegar a la prestación igualitaria en calidad. Todos sabemos que si bien unas ochocientas mil personas aproximadamente accedían al famoso carné de asistencia -no recuerdo el número exacto-, los poseedores de estos carnés muchas veces estaban en una zona gris por no poder acceder al mismo porque sus recursos eran más altos de los que la ley establecía, pero se encontraban fuera de la ley porque no llegaban a pagar la mutualista.

En ese sentido, luego de finalizada nuestra gestión de Gobierno, propusimos la arancelización o el establecimiento de distintos grados. En primer lugar, un círculo central, cerno de la atención totalmente gratuita y, en segundo término, un círculo de atención prepaga -es decir, con cierto pago mensual de equis cantidad para ayudar, y así sucesivamente- para que ese sector estuviera mejor cubierto y nadie quedara fuera de la ley porque sucedía que se obligaba a mentir sobre los recursos económicos que se tenía para acceder al carné, porque las personas no podían pagar la mutualista. Esta es la verdad. Nosotros conocemos muy bien el país a lo largo y a lo ancho y sabemos que esas eran las circunstancias reales.

Creo, entonces -y que esto quede, simplemente, como definición de una posición política personal-, que habrá sido más fácil encarar este tema en estos dos últimos Gobiernos, ya que se ha tenido recursos como nunca se conocieron en la historia del país. Fíjense los señores Senadores que el Presupuesto Nacional hoy es lo que era el Producto Bruto Interno del país en 1990. Con eso tenemos una idea de la disponibilidad de recursos que han tenido estos dos Gobiernos, si es que de recursos se trata. Vamos a entendernos, a veces creemos que solo es cuestión de dinero y sabemos que no es así, pero ayuda estar en momento de prosperidad para el Fisco.

Nosotros tenemos una gran tranquilidad en cuanto a opinar en materia de salud porque durante nuestra gestión de Gobierno se construyeron dos hospitales nuevos -que en el país no se construyen hace muchos años-, hubo ambulancias en todas las poblaciones del país -aun en las más pequeñas-, se mejoró en todo lo que se pudo y quiero recordarles a los señores Senadores que iniciamos el Gobierno con un déficit fiscal de 7% sobre el Productor Bruto Interno, es decir, en circunstancias que no eran fáciles para obtener recursos. Pero todo es perfectible y nosotros creíamos que había que seguir por el camino de darle un fuerte apoyo a Salud Pública, como lo mostró -y lo muestra- el Hospital de Tacuarembó, y no solo ese hospital. Hay muchos que son de un nivel igual o mejor que las instalaciones de FEMI. No hay que creer que lo del Estado siempre tiene que ser malo, viejo y que funcione mal; es muchas veces ejemplar, y los que conocemos bien el Uruguay, por suerte, sabemos que es así. Por lo tanto, era tremendamente posible. Estaba mucho más al alcance de los Gobiernos del Frente Amplio llegar a una Salud Pública que superara ampliamente a FEMI que el camino que se ha elegido. Pero las mayorías legítimas en las elecciones y en el Parlamento lo habilitan, porque así debe funcionar el sistema.

Quiero formular algunas preguntas muy concretas, que seguramente van a quedar pendientes y van a ser contestadas dentro de semanas, cuando retomemos, supongo.

En primer lugar, quisiera saber cuántas ambulancias funcionando hay en todo el país. Es una pregunta bien fácil.

En segundo término, se ha hablado aquí de un tema muy interesante, porque implicaría quizás romper algún molde ideológico o mental -pero parecería auspicioso-, concretamente, se ha

hecho referencia a la cooperación entre los prestadores de salud departamentales privados y Salud Pública. Esto es algo que cae de maduro. Sé que el temor que hay cuando se plantea la relación entre los privados y el Estado -me pasaba a mí cuando estaba en estos temas- es que el Estado no paga o paga tarde y mal. Todos sabemos que esto siempre fue así, y es el temor a contratar que, insisto, tiene la parte de atención privada. La señora Ministra sabe que la Contaduría funciona restringiendo o no los pagos del mes, y ese es el verdadero presupuesto, no el del Ministro de Economía y Finanzas, que cree que hace el presupuesto y lo cumple; en realidad, es la Contaduría la que lo hace funcionar, y dosifica de acuerdo con lo que tiene.

Personalmente, soy gran partidario de empezar las cosas parcialmente, es decir, elegir un par de departamentos o cinco o seis localidades y probar. Los orientales tenemos la manía de que todo tiene que hacerse el mismo día, y creo que a veces las reformas se empiezan de a poquito o en zonas. ¿Por qué no elegir localidades? El pueblo que conozco mejor es Cerro Colorado, que tiene unos 1.600 o 1.700 habitantes, con una tendencia al crecimiento. Allí tenemos a Comef, que es una gran institución. Todo el personal rural está afiliado a Comef y es atendido espléndidamente, tanto en la policlínica como en el sanatorio de Florida. La gente está encantada. Enfrente -y la señora Ministra lo conocerá o lo va a conocer cuando vaya por nuestros pagos- está la policlínica, donde tenemos una doctora que es una maravilla de persona, una muy buena médica y una buena vecina. Están enfrente; hay que cruzar la calle.

Entonces, creo que estas son las cosas importantes. Vamos a intentarlo en un nivel muy mínimo. ¿Por qué probar en todo, un buen día? Sugiero Cerro Colorado porque es lo que conozco, pero vamos a elegir diez o doce localidades y vamos a ver qué pasa. Estoy seguro de que si se le tiene que pagar a Comef, las autoridades de la institución van a pensar: “Nos van a pagar tarde, mal y nunca”. Entonces, habría que instrumentar alguna forma: por ejemplo, que se le pague con certificados para el BPS, que viene a ser dinero, pero a la Contaduría no le interesa.

En definitiva, me parece que esto es muy auspicioso, porque seguramente va a mejorar la atención de la salud en este caso. Yo iría más lejos. En Rocha, por ejemplo, el hospital y el sanatorio están a siete cuadras. A veces creo que en materia de administración hay un mejor conocimiento del sector privado, por lo cual yo los alentaría por ese lado. Más allá de la discrepancia que marqué al principio, creo que en la sinergia de lo privado con lo público, sobre todo en el interior, estaría una de las soluciones para este problema.

El fondo de recursos ha ido evolucionando. Ha sido una de las grandes ideas. Ustedes saben mejor que yo que nació con motivo de las diálisis renales y cirugías cardíacas, que se habían convertido en un drama económico. Con las diálisis la situación se transformaba en un problema sin solución, porque la gente gastaba todo lo que tenía y cuando se le acababa el dinero, el hijo o el paciente se moría. Por lo tanto, una de las decisiones socialmente más justas que recuerda la salud del país es la existencia del sistema de diálisis porque, realmente, la muerte por causas renales es algo tremendo. Además, es uno de los temas que hay que cuidar porque en el país nadie está en contra. Quizá se produzca el proceso natural de que al principio una técnica tenga aspectos experimentales, sea una novedad -la implantación de un marcapasos, por ejemplo-, para que luego se convierta en algo tan simple como cualquier intervención. Entonces, hay que tener la agilidad suficiente como para sacar del fondo de recursos lo que ya se convirtió en algo simple y que puede pagarlo la institución como parte de la prestación del servicio, así como también incorporar alguna cosa nueva que pueda venir.

Finalmente, quiero señalar algo que a todos nos preocupa: la cura de las adicciones, o su intento. Si hay un problema de salud difuso -porque no le podemos poner cara porque tiene demasiadas, pero a su vez es el más costoso para el país-, es el de la adicción a las drogas -como la pasta base, el *crack*, etcétera-, que están liquidando biológica, mentalmente y en todo sentido, a enormes sectores de la población. Ustedes saben que el intento de rehabilitación es muy complejo y muy caro. En ese sentido, estaríamos totalmente dispuestos a apoyarlos para que haya más lugares en el sector público, porque desde el punto de vista social es muy injusto que solo puedan acceder a las instituciones de rehabilitación -que las hay y tengo entendido que son bastante eficaces- aquellos que pueden pagar.

En esta cuestión voy a ponerle los pelos de punta a quienes tengan conceptos un poco radicales, pero si no se hace con amor, no se rehabilita a nadie. Creo que en este tema tendría que haber una acción combinada entre el Estado como financiador y el prestador del servicio, que lo debe hacer con amor, porque no hay otra manera de hacerlo con efectividad que queriendo a ese pobre ser humano. Habría que incorporar a las organizaciones que lo hacen por amor a Dios, por amor a la humanidad, como Caballeros de Colón. El país tiene un voluntariado disponible único; ¡nuestro país es de voluntarios, de gente buena! ¡Cuánta gente hay que da su tiempo, lo más caro que puede tener un ser humano! Siempre es bueno ir al Cottolengo Don Orione para no estar demasiado quejoso de la propia vida, porque ahí un santo, como era el Padre Sacarello Berro, atendía a los desechos humanos. Y ahí se atienden por amor a Dios y se hace con alegría y con una canción, porque la Madre Teresa de Calcuta es la famosa, pero por suerte hay muchos seres humanos de ese tipo. Y si no le introducimos el factor amor, haciéndolo por una vocación al tratamiento de las adicciones, es muy difícil que los saquemos de ellas porque requiere, insisto, ponerle amor. El amor es taumatúrgico en todo sentido. Ustedes lo saben como médicos. Se puede curar fríamente o con cariño, y ustedes saben que así es distinto. Yo dejaría planteado estos temas, con especial atención a este último.

En cuanto al tema de los laudos, me parece que volvemos a incurrir en un error cuando queremos generalizar, ya que puede haber diferencia de salarios entre el sector público y el privado. Creo que eso está en la esencia del funcionamiento de la sociedad, pero sé que en esta materia tenemos gente muy convencida ideológicamente de lo contrario; yo simplemente dejo señalada mi diferencia en este punto.

Muchas gracias, señora Ministra y señora Directora.

SEÑOR MOREIRA.- Señor Presidente: creo que esta sesión es muy oportuna y me parece que los Senadores presentes están planteando preguntas muy pertinentes y adecuadas a un momento en el que hay inquietud en la población por una serie de hechos que han sucedido y que han tomado una gran difusión pública. He escuchado declaraciones de la señora Ministra y de la propia Presidenta de ASSE en el sentido de que se ha amplificado mucho este tema y es susceptible de generar un estado de alarma que puede resultar perjudicial para el funcionamiento del sistema público de atención a la salud. Esto reedita algo que se dio en marzo de 2012, cuando salió a luz el hecho sin precedentes en la historia sanitaria del Uruguay de los “enfermeros asesinos”. En realidad, ahora aparentemente hay algunos informes técnico-forenses que dicen algo diferente. De cualquier manera, los enfermeros están privados de su libertad desde el mes de marzo, procesados por homicidios múltiples especialmente agravados y hasta ahora su situación procesal sigue siendo la misma. En lo personal, me gustaría que se nos diera algún tipo de explicaciones acerca de la fase administrativa.

He estado releyendo una auditoría de gestión que encargó el ex-Ministro Venegas, con fecha 17 de mayo del año pasado, en la que se hace un análisis muy riguroso del tema y se señalan defectos estructurales y funcionales muy importantes en dependencias nada menos que del Hospital Maciel, que es una de las unidades hospitalarias más importantes que tiene el país. Se mencionan problemas de falta de personal, de equipamiento, de ausentismo -certificaciones médicas que eran excesivas-, de un ambiente laboral muy malo. Incluso, había habido denuncias recogidas por el Director del nosocomio, el doctor Gabus, y el doctor Patritti, Director de la Unidad de Cuidados Coronarios -que creo que está sumariado en este momento- hizo declaraciones al respecto. Si bien es cierto que el doctor Gabus renunció a su cargo, todavía es funcionario de ASSE. Entonces, quisiera saber en qué está el sumario administrativo y si no se ha iniciado un procedimiento administrativo de sumario contra el ex-Director del Hospital. En las convocatorias al señor Ministro -el señor Subsecretario estuvo presente en todas ellas- hablamos largamente sobre eso y, además, en la Comisión de Constitución y Legislación convocamos al Ministro del Interior, Bonomi. En esa oportunidad, el Inspector Guarteche hizo un relato muy pormenorizado de los hechos y de la denuncia que había radicado una licenciada en enfermería con anterioridad a la muerte de la señora Santa Gladys Lemos; a mi juicio, en aquel momento hubo una serie de demoras incomprensibles en tomar determinadas medidas. Por tanto, quisiera saber si ha habido más sumarios, si consideran absolutamente liquidado el tema o si a nivel de ASSE y del Ministerio, como rector del Sistema Nacional Integrado de Salud, se piensa seguir adelante con eso. También me interesa saber si el caso del Director del Hospital Maciel, que había recibido las denuncias de estos hechos, queda así, sin ninguna consecuencia, y si el doctor Patritti va a seguir hasta no sé cuando con ese sumario. ¿Qué

medidas se han tomado para corregir las deficiencias que marcó la auditoría de gestión que eran datos de la realidad como, por ejemplo, el control de medicamentos y el control de recursos humanos?

Saliendo de ese tema específico, en estos nuevos hechos ha estado en la picota pública la eventual o aparente falta de infraestructura material y de recursos humanos en los CTI y en los centros de cuidados intermedios, sobre todo en el interior de la República donde creo que hay una evidente inequidad en cuanto a la distribución. Tengo entendido que solo en siete departamentos del interior del país existen CTI, y eso implica contratar servicios con mutualistas del sector privado o hacer traslados a otros centros. ¿A cuánto asciende la contratación de servicios por parte del sector público al sector privado -que a veces es por una cuestión natural, lógica y obligada por las circunstancias para no tener que gastar dos veces cuando hay recursos disponibles- y de los eventuales traslados que deban hacerse por falta de recursos humanos? Permanentemente hemos escuchado que en determinados hospitales faltan especialistas o anestesistas, en un país que ya vivió una emergencia sanitaria hace un año como consecuencia del paro de los anestesistas, que también fue objeto de debate.

El tema que hoy está en el tapete a nivel de la opinión pública, es la muerte acaecida en el Hospital de Paso de los Toros que llevó al relevo de su Director. Tengo entendido que fue un relevo de tipo estratégico y político pero no funcional, ya que este hombre sigue siendo funcionario de ASSE. Me interesa saber si se ha tomado alguna medida, además de su relevo, que afecte su calidad de Director. Me refiero a un sumario administrativo, habida cuenta de que se lo relevó y se reconoció por parte del Ministerio que fallaron determinados mecanismos. ¿Acaso no corresponde que además del relevo se inicie un sumario administrativo para determinar eventuales responsabilidades en su carrera funcional? También se ha hecho público el caso de dos personas muertas en el Hospital de Durazno, otra en Canelones y el caso de la persona que fue trasladada desde el Hospital Filtro a Las Piedras y luego conducida al Hospital Español, falleciendo en el trayecto. Sería bueno que el Ministerio explicara si esos decesos pudieron haber sido evitados si se hubieran tomado medidas. Creo que -y ya lo comenté el otro día- quienes más interés deben tener en explicar y justificar esto son las autoridades del Ministerio.

Hay otro tema que quedó pendiente en pasadas convocatorias. Cuando se produjeron determinados relevos en unidades ejecutoras de ASSE se nos dijo que para mejorar los servicios asistenciales se iban a hacer firmar compromisos de gestión y luego se iban a hacer evaluaciones periódicas cada seis meses. Quiero saber cómo está funcionando eso, porque en principio no se estaba cumpliendo. Recuerdo la ocasión en que vino el señor Subsecretario con el doctor Venegas y hablamos sobre ese tema -a pesar de que esto se había prometido en una concurrencia del señor Ministro en régimen de Comisión General; creo que era Olesker quien estaba en ese momento a cargo de la Cartera- y se nos dijo que a partir de esos relevos -se habían puesto auxiliares de enfermería y algún chofer como gerente de alguna Unidad Ejecutora- la situación se iba a corregir con los compromisos de gestión y las evaluaciones periódicas.

Por último, quiero saber -muchas veces se ha preguntado al respecto- cuándo se va a enviar el proyecto de ley para la elección de los representantes de los trabajadores y de los usuarios de ASSE, que está pendiente desde la sanción de la ley de creación de ASSE como servicio descentralizado. Creo que ya han pasado cinco años, cuando el plazo que se había determinado en la propia ley era de seis meses. Me gustaría saber en qué situación se encuentra ese proyecto de ley porque cada vez que vienen representantes del Ministerio se nos dice que se va a tratar el mes que viene. Aprovechando, entonces, que está aquí la titular del Ministerio de Salud Pública, me gustaría saber si ella va a impulsar firmemente esta iniciativa que creo que asegura, por lo menos, la representatividad de los integrantes sociales del Directorio de ASSE.

SEÑOR PRESIDENTE.- En primer lugar, agradezco a la señora Ministra su presencia. Aclaro que su ofrecimiento de concurrir a hacer la presentación fue inmediatamente aceptado, pero en la medida en que iba pasando el tiempo y no se podía concretar, convinimos -por lo menos esa fue la forma en que yo lo entendí; en ese sentido, creo que el señor Senador Agazzi fue contundente- de que no solamente era bueno que hiciera una presentación sino que los señores Senadores tuviéramos la oportunidad de plantearle inquietudes. Con el cariz que ha tomado la conversación, no creo que estemos traicionando en absoluto lo que se había acordado.

En segundo término, me gustaría marcar algunos proyectos de ley que están en la órbita de la Comisión sobre los que necesitamos el asesoramiento del Ministerio. El primero de ellos es el relativo a la fertilización humana asistida, donde esperamos tener prontamente la concurrencia del Subsecretario para analizar algunas inquietudes; el segundo es el de las enfermedades raras, proyecto en el que vamos y venimos respecto a su necesidad y conveniencia; el tercero es el de las residencias médicas -son todos proyectos a los que les hemos otorgado importante prioridad- y, el cuarto, es un proyecto que surgió la semana pasada luego de la visita de los funcionarios de los servicios asistenciales de la seguridad social. Nos plantearon la inquietud de que se les incorporara al Sistema Nacional Integrado de Salud para aprovechar su labor de la mejor manera posible. Simplemente, quería mencionar estos temas para que los tuviéramos en cuenta y así poder avanzar en su tratamiento, ya que requieren el análisis y la aprobación de la Comisión.

Coincido con muchas de las apreciaciones que acaba de hacer el señor Senador Moreira. Tenemos pendiente, desde fines de 2007, el decreto reglamentario sobre los representantes sociales en el Directorio de ASSE. Creo que sería una muy buena señal la suspensión de los actuales representantes, habida cuenta de que ya llevan un período completo. Además, tendrían que ser sustituidos por representantes que, en el caso de los trabajadores, representen la totalidad de la masa de trabajadores, incluidos los médicos. En el caso de los usuarios, deberían estar quienes realmente representen su interés y lo hagan de una forma un poco más activa de lo que lo ha hecho el señor Wilfredo López hasta el momento.

Asimismo, quiero dejar sentado como un tema que me preocupa, el decreto del Poder Ejecutivo relativo a las cooperativas de profesionales. Ese es un decreto que enfrenta al Ministerio de Salud Pública y al Gobierno con todas las instituciones de la FEMI y con Cosem, y como de ese relacionamiento entre el Estado y las instituciones de la FEMI dependen los convenios de complementación de servicios, ASSE quedaría al desnudo en una cantidad de lugares si esos convenios cayeran. Hemos votado una ley de prórroga hasta el 30 de junio, pero mayo y junio pasan muy rápidamente, por lo que me parece que habría que encontrar una muy buena solución para ese tema.

Quiero dejar constancia de que me resultó muy satisfactorio comprobar que entre los problemas a los que están dedicando especial atención se encuentran el dengue y la rabia, porque estamos rodeados de esas enfermedades y tenemos todas las condiciones para que ambas se den en toda la república. Muy cerca de aquí, en Costa Azul -donde veranea el señor Senador Gallo, y cerquita de donde yo lo hago, por lo que tengo especial interés en el tema-, ha habido casos de mordeduras de murciélagos, que aparentemente no estaban contaminados con el virus de la rabia. Por otra parte, en nuestro país tenemos el mosquito Anopheles y una vez que se instale el dengue, va a ser muy difícil contenerlo. Por lo tanto, estos temas son de suma importancia.

Hay dos puntos sobre los cuales me gustaría pedir aclaraciones.

El primero de ellos tiene que ver con la objeción de conciencia que se establece en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Tengo en mi poder un artículo del diario *El Observador* del mes de enero, donde constan declaraciones a este respecto atribuidas al señor Subsecretario Briozzo; luego de esa fecha, el semanario *Búsqueda* publicó otro artículo en el que el Subsecretario decía que iba a pedir una justificación real de la objeción de conciencia manifestada por los ginecólogos. A mi criterio, esa es una violación a la esfera íntima del profesional. Tal como lo señalé a los medios de prensa lo quiero decir acá: creo que sería una actitud enormemente equivocada por parte de las autoridades sanitarias pedir, en forma escrita o verbal, una justificación de lo que es un acto íntimo; los actos íntimos pertenecen a cada uno de nosotros y no tenemos por qué dar esa justificación, ni tampoco ello está previsto en la ley. Sí se prevé que los profesionales puedan objetar, pero no que se les pueda pedir una justificación. Me gustaría saber si esa política va a continuar con la nueva Ministra al frente de la Cartera o es algo de lo que se ha desistido.

El segundo tema sobre el que quería pedir aclaraciones es el que más me preocupa, porque tiene consecuencias sobre familias que no tienen capacidad de hacerse oír como otras. Voy a entregar a la señora Ministra y a la señora Presidenta del Directorio de ASSE -en mano propia y en forma reservada- una copia del correo electrónico que en el día de hoy me enviaron los hijos de la mujer que

falleció siendo trasladada del Hospital Filtro a Las Piedras y luego al Hospital Español. Se trata de gente sumamente humilde, que amaba muchísimo a su madre, quien había tenido una vida muy dura y muy limitada. En función de esa situación no le di a la prensa este correo, pero sí se los entrego a ustedes personalmente para que vean por qué el tema me resulta particularmente sensible.

Además, voy a solicitar a Secretaría que haga llegar a cada uno de los integrantes de la Comisión y de los representantes de las instituciones presentes -Ministerio de Salud Pública y ASSE-, una copia de un resumen que realicé de lo que para mí son muertes “evitables”, aunque el término es muy escurridizo, ya que resulta sumamente difícil tener la certeza de que una muerte podría haberse evitado, así como es muy difícil saber si un paciente que se salvó lo hizo gracias de las intervenciones que se llevaron a cabo y a la oportunidad de las mismas.

Tengo listadas acá -y desde ya adelanto que voy a dar esta información a la prensa, porque no hablo gratuitamente sino en forma fundada- diez situaciones que han ocurrido desde el mes de noviembre del año 2012 hasta el momento actual. Se trata de diez casos en los que se dieron muertes que, con un poquitito más de esmero, con un poquito más de celo y con un poquito más de orden en la gestión clínica y asistencial, no deberían haber ocurrido.

Comienzo con un óbito fetal en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Tengo en mi poder el nombre y cédula de identidad de la embarazada, pero lo mantengo en reserva. Para aquellos que integran la Comisión y no son médicos, aclaro que el óbito es la muerte del feto dentro del útero de la embarazada. El hecho se produjo el 12 de noviembre del año 2012. Se trataba de una mujer sana, de 35 años, en su tercera gestación, con un embarazo bien controlado, de cuarenta semanas -o sea, un embarazo a término- que consulta por contracciones uterinas dolorosas y pérdida del tapón mucoso. Es vista por la guardia, se constata que el feto tiene latidos y se le da de alta; vuelve a las 24 horas y ya no hay latidos fetales. Esa paciente, que había perdido tapón mucoso y tenía contracciones, ¿estuvo bien dada de alta? Siempre nos va a quedar la duda; tal vez, si no hubiera sido dada de alta, hubiera podido salvar al hijo que tuvo en su útero durante cuarenta semanas.

Seguimos con la muerte de un recién nacido prematuro, que falleció en la Policlínica Badano Repetto, no a 100 kilómetros del Hospital Pereira Rossell sino, a lo sumo, a 15 kilómetros. El bebé nació a las cuatro y media de la mañana, siendo un prematuro severo, por lo que presentaba dificultades para sobrevivir, pero se esperó tres horas para que lo fuera a buscar una ambulancia: desde las cuatro y media de la mañana hasta las siete y media. ¿Por qué? Porque en el ínterin, a las seis, hubo un cambio de turno; entonces, entre el cambio de turno, que venía otro chofer, otro médico y demás, cuando lo fueron a buscar, el recién nacido prematuro había fallecido.

Luego ocurre la muerte de un lactante de cinco semanas que, en mi opinión, es uno de los peores casos. Se trataba de un lactante de una familia rural; desconozco si del rural profundo o no, pero cuando hablamos de programas de salud pública rural estamos pensando en estos casos. Nos estamos refiriendo a un lactante de cinco semanas -más específicamente cuatro semanas y cuatro días-, que había nacido prematuro, por lo que permaneció internado durante veintitrés días para que recuperar peso; luego fue dado de alta y enviado a domicilio con su madre en buenas condiciones. Presenta una hernia inguinal estrangulada; de Arévalo, localidad donde vivía, se lo llevó a la Policlínica de Santa Clara, donde se lo retuvo cierto tiempo y se lo derivó al Hospital de Melo, donde se lo retiene más tiempo. El paciente llegó al Hospital Pereira Rossell a las siete y media de la mañana y falleció a las once sin haber sido intervenido. Este paciente falleció, obviamente, de un asa necrosada. Lo sabría cualquiera; es un caso de libro. Desde que comienza su enfermedad aguda hasta que fallece pasan 48 horas, y en ese plazo no se hizo lo que se debería haber hecho, que era trasladarlo directamente a un lugar donde pudiera ser intervenido. No sabemos si con una resección del asa hubiera sobrevivido o no, pero ciertamente habría tenido muchas más probabilidades que en las circunstancias en que el hecho ocurrió.

Luego tenemos el caso de una mujer adolescente de 16 años, que es internada y permanece sin diagnóstico durante 10 días en el Hospital Pasteur, aparentemente con un tumor de útero. Cuando finalmente la paciente es trasladada al Hospital Pereira Rossell, rápidamente desarrolla toda la sintomatología de una sepsis y fallece. ¿Cómo puede morir una mujer de 16 años, sana, que está en

un hospital y no es debidamente atendida? Si fuera una familiar mía sentiría una indignación muy profunda, porque son vidas las que aquí están en juego.

Después tenemos el caso de Paso de los Toros, en el que la paciente ingresa al Hospital a las tres de la mañana y no es vista por el médico de guardia, sino que este interviene en forma telefónica; la partera que la atiende no cumple con el protocolo correspondiente. A este caso ya hizo referencia el señor Senador Moreira. Fue sancionado el Director del Hospital; pero ahí intervino una partera que no cumplió con el protocolo y yo pregunto si ha sido sancionada por ello. En el caso actuó una ginecóloga que no estaba de guardia -ni siquiera sé si es funcionaria del Hospital-, quien se retiró de allí a pesar de que había una paciente que seguía sangrando en forma cada vez más profusa, hasta que al final murió de *shock* hipovolénico. Esto pasó el 17 de marzo y estamos a 30 de abril; no lleva tanto tiempo investigar qué es lo que ocurrió y por qué. Esta muerte fue calificada como evitable por parte de las autoridades de ASSE y del Ministerio de Salud Pública.

Otro caso fue el de un óbito fetal en el Hospital de Minas, muy parecido al anterior. Una embarazada de 38 semanas consulta por genitorragia, es decir, por pérdida de sangre a través de los órganos genitales; es vista en el servicio de puerta, le dan el alta, y a las cinco horas vuelve y ya no hay latido fetal. Perdió a su bebé.

En el Hospital de Durazno se da otro caso de óbito fetal en una situación relativamente parecida.

También podemos mencionar un caso de libro de autoeliminación de un paciente psiquiátrico, que se suicida con los cordones de sus zapatos. Creo que cualquiera que haya visto “Ben Casey” sabe que los pacientes psiquiátricos no pueden ser internados con un cinturón, con una cuerda, con los lazos de los zapatos, con una corbata o con cualquier elemento con el que se pueda quitar la vida.

Luego tenemos la muerte de una parturienta en el Hospital de Durazno. Se trataba de una mujer de 27 años, embarazada, a quien se le practicó una cesárea; tenía antecedentes de hipertensión y los familiares relatan que, a pesar de que estaba con hipertensión le dieron de alta. Regresó a la emergencia del mismo Hospital dos o tres días después de haber sido dada de alta y, pese a que se autorizó el traslado al CTI de Camedur, no dio el tiempo para hacerlo porque la paciente falleció.

Por último, está la muerte de esta señora de 52 años. Acabo de entregar la carta de sus familiares a la señora Ministra de Salud Pública y a la Presidenta del Directorio de ASSE. No sé si la vida de esa mujer se podría haber salvado o no, pero lo que sí sé es que el hecho de haber estado deambulando de un lugar a otro desde las cuatro de la mañana, en que se presentó en el Hospital Filtro, hasta las cuatro de la tarde, en que murió arriba de una ambulancia, no ayudó a su sobrevida. Quiero decir que si hubiera sido mi madre habría iniciado un juicio, porque realmente no es la mejor manera de atender un paciente extremadamente grave, subirlo a una ambulancia para ir de aquí para allá hasta que finalmente se encuentre una cama de CTI.

Estos temas son duros, son difíciles, pero lo que espera la población es que no suceda. Es necesario que los servicios se presten adecuadamente; que haya conducción clínica y conducción administrativa adentro de los hospitales, para que se cumpla con el deber y no se salteen las cosas que no se deben saltear. Estos son los motivos por los que se pierde credibilidad; y si lo escondemos es peor aún, porque en una sociedad como la nuestra, de 3:000.000 de habitantes, es imposibles esconder estas cosas.

Quisiera respuestas con respecto a lo que he planteado acá.

Era todo lo que tenía para decir.

SEÑORA MINISTRA.- Habiendo analizado los planteos, me parece que corresponde que haga uso de la palabra la señora Presidenta del Directorio de ASSE, en virtud de que la mayor parte de las preguntas tienen que ver con esta institución.

SEÑORA SILVA.- En primer lugar, quiero agradecer que nos hayan recibido en el día de hoy.

Quiero decir que quienes hoy estamos aquí hemos tenido varias conversaciones con los integrantes de la Comisión de Salud Pública del Senado. Siempre es un gusto venir a rendir cuentas -como corresponde- a un servicio público, pero también correspondería rendirlas a todo el resto de la población que cumplen funciones en distintos servicios; en el marco de la integración del sistema, sería bueno que pudiéramos compartir.

Hay una larga lista de preguntas, por lo que voy a tratar de ser breve y contestar todo lo que anoté, pero si al terminar consideran que me salteé alguno de los planteos formulados por los señores Senadores, empezaremos de nuevo.

Con respecto a uno de los planteos del señor Senador Fernández, quiero decir que en la Rendición de Cuentas pasada -lo recordarán quienes integraban la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda- presentamos una información que rompe con los mitos de que ASSE cada vez tiene menos usuarios, cada vez recibe más plata y cada vez hace menos cosas. En esa oportunidad, las tablas mostraban que si bien la cantidad de usuarios de ASSE venía disminuyendo desde el año 2008, a la fecha se ha mantenido en el orden del 1:200.000 afiliados, llegando a marzo de este año a 1:264.000; es decir que la curva ha detenido su descenso. Una de las cosas fundamentales que ha ocurrido en ese período -lo mostrábamos en unas tablas que se cruzaban, que ahora volveré a mostrar aunque, sin duda, los señores Senadores las deben recordar- es que disminuyó el número de usuarios, pero aumentó la actividad; la actividad asistencial es la que utiliza recursos, la que consume recursos, la que gasta para el pago de los recursos humanos y los insumos.

A modo de ejemplo, puedo decir que desde el año 2001 hasta el año 2012, las intervenciones quirúrgicas -que son actividades que consumen un número muy importante de recursos- cada 1.000 usuarios de ASSE pasaron de 27,4 a 42,7. Las consultas ambulatorias por usuario y por año -que es un indicador de acceso y calidad- pasaron desde el año 2001 al 2012, de 3,3 a 6,4; es decir que en ese período de diez años se duplicaron.

Por lo tanto, frente a una frase que se repite desde hace mucho tiempo, ASSE y su equipo han mostrado a los Parlamentarios la información que demuestra -con datos de esta serie larga para poder ver la evolución- que lo que ha aumentado fuertemente es la actividad, que es en la que se invierten los recursos.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Cuántos usuarios llegó a tener en el momento en que tuvo el mayor número?

SEÑORA SILVA.- Ahí hay un problema de información y de cómo se compilaba.

Actualmente tenemos en ASSE un padrón positivo de usuarios. Desde lugares remotos, a través de un mensaje de texto enviado a un número específico, podemos enviar el número de cédula de identidad de cualquiera de nosotros e, inmediatamente, con un mensaje de texto que controla automáticamente con el padrón, se determina si ese usuario es nuestro o no.

La cifra de 1:400.000 y de 1:600.000 usuarios de ASSE que se planteaba previo al año 2000 se calculaba haciendo un estimado de aquellos que surgían de una diferencia entre la población del país, menos los habitantes que estaban afiliados al sector mutual. Se hacía así porque ASSE no tenía un padrón positivo de usuarios. Por esa razón, ese descenso de 400.000 menos tiene debilidades en la información.

Lo que sí podemos decir es que, desde 2008 hasta la actualidad, tenemos el padrón positivo de usuarios registrados -como cualquier otro padrón-, porque los tenemos identificados por nombre, cédula de identidad, lugar de residencia; incluso, tenemos registrados en nuestro padrón a habitantes de la frontera que no son ciudadanos uruguayos porque tenemos la responsabilidad de su atención.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si bien es cierto que en determinados momentos la estimación se calculó haciendo la diferencia entre la población total y la afiliada a los distintos sistemas, había otro método utilizado que era el de la encuesta continua de hogares y la extrapolación, a través de quienes respondían, a la encuesta continua de hogares, que su principal fuente de atención era ASSE.

La cifra de alrededor de 1:550.000 o usuarios de ASSE surge de las encuestas continuas de hogares de los años 2004 y principios de 2005. O sea que no es una cifra sin fundamento. De ahí es que viene la disminución de 300.000 afiliados, de la que normalmente hablamos.

Muchas gracias.

SEÑORA SILVA.- Nosotros lo reconocemos; lo estaba planteando en una serie más larga.

Con respecto a la otra pregunta formulada por el señor Senador Fernández, relacionada con algunos hechos concretos que surgieron en los medios y que tiene que ver con las ambulancias en localidades del interior, a modo de ejemplo quiero señalar que en Vichadero el servicio que tiene ambulancia es, exclusivamente, el de ASSE. Tiene dos móviles asignados, uno más nuevo que el otro. Los prestadores que tienen sede local y brindan atención ambulatoria, cuando tienen que hacer un traslado, deben realizar la contratación del servicio.

A su vez, en Isla Patrulla hay una policlínica que está dentro de la red de atención de policlínicas que tiene la Intendencia del departamento. Esa ambulancia, que es para uso de todos los habitantes de esa localidad, había sido donada en su momento por el Ministerio de Salud Pública. Como dije, funciona en un servicio que gestiona la Intendencia de Treinta y Tres.

En la policlínica rural de Carlos Reyles, aproximadamente la mitad de los habitantes de la localidad están afiliados a ASSE. La otra mitad está afiliada al resto de los prestadores. El único servicio instalado que allí existe es el de ASSE; en él se atienden todos los habitantes de esa localidad, en el marco de los convenios. Luego contestaré las preguntas realizadas al respecto por el resto de los Senadores.

A propósito de las ambulancias -y aprovecho para contestar algunas de las preguntas formuladas-, nosotros tenemos 298 ambulancias funcionando hoy, distribuidas en todo el país: 104 fueron adquiridas luego del año 2007, 240 -la gran mayoría de ellas - son para realizar traslados comunes y 58 son para realizar traslados especializados. Tenemos un largo detalle de cuántas y cuáles son. Si los señores Senadores desean, podemos enviarles un informe.

Con relación al tema traslados y mediante los ejemplos de estas localidades pequeñas, queremos señalar que ASSE es el prestador que tiene más extensión en todo el país y está presente en la mayor cantidad de localidades pequeñas debido a la historia. En esa historia se fueron sumando otros prestadores para dar respuesta a las poblaciones locales. Allí estamos haciendo un enorme esfuerzo, con todos los prestadores, para hacer convenios de complementación de servicios -y aquí aprovecho para responder algunas de las preguntas formuladas por el señor Senador Lacalle- que tienen múltiples características. Voy a poner algunos ejemplos. Hace muy poco, en Villa Isidoro Noblía firmamos un convenio de complementación para la atención de la localidad, con la mutualista local, en un centro de ASSE, donde todos los habitantes de esa localidad y su área de influencia se van a atender con las mismas personas -unos días de turno los médicos serán puestos por ASSE y en otros, por el resto del prestador-, donde habrá enfermería compartida y donde habrá medicamentos que se registran separadamente, pero con un único stock. Ese convenio tiene un sistema de validación que establece cuánto dinero pone cada prestador por mes, de forma que a fin de mes se pague, en contraposición, lo que corresponda para un lado y para otro. Por eso, incluso, agregamos un artículo en la Rendición de Cuentas del año pasado que incorporaba una excepción al artículo 33 del TOCAF que permitiera, justamente, que ASSE le pague a ese prestador privado sin procedimiento de compra cuando hay un convenio de complementación validado y aprobado por la Junta Nacional de Salud.

Otro ejemplo tiene que ver con una localidad de Sauce -acabamos de firmar un convenio hace muy poco- donde cinco prestadores de la localidad decidimos que la puerta de emergencia es

una sola para todos. En este caso, la asistencia no funcionará en un local de ASSE sino en un local de Crami -prestador local- y todos los prestadores vamos a atender a nuestros usuarios en esa puerta de urgencia. También los sistemas relativos a quién pone qué y cómo nos pagamos, son aplicados a cada uno de los convenios.

También firmamos hace muy poco -y acá se contestan dos preocupaciones: una del personal de salud que trabaja en el Banco de Previsión Social, y otra de personal que trabaja en el centro de salud del Banco de Previsión Social del Cerro, que está a una cuadra de nuestro centro de salud- un convenio de complementación de servicios en el marco de la Red Integrada de Efectores Públicos -después me tomaré un tiempo para brindarle a los señores Senadores información al respecto-, y en ese lugar hay un aumento de más de doscientos turnos de atención pediátrica por semana, atención de salud sexual y reproductiva, atención a la primera infancia -este centro está orientado a lo materno infantil porque era un centro materno infantil del Banco de Previsión Social en el Cerro- y atención odontológica para embarazadas y niños.

Esos son algunos de los convenios de complementación mediante los cuales, en el interior del país, estamos poniendo más foco en definir que en esas localidades pequeñas la atención de urgencia esté asegurada para todos por igual, y que todos los prestadores contribuyamos con ese fin porque en poblaciones pequeñas es muy difícil que un prestador tenga médico o enfermería para las veinticuatro horas. En ese camino, tenemos muchos otros ejemplos de convenios que hemos celebrado y estamos celebrando -y tenemos en carpeta- con los prestadores.

Por otro lado, la situación de Florida es especial, por eso hace muy poco tuvimos una reunión -no solo con el Director del hospital sino con el Director del Primer Nivel- tratando de complementar en ese pedacito de la línea de Ruta 7 -en Cerro Colorado, Reboledo y Casupá-, donde hay una dotación importante de recursos humanos de las dos o tres mutualistas de prestadores.

En esta línea, a su vez, estamos trabajando con todos los prestadores -y en el interior fundamentalmente-, en los sistemas de traslados únicos para tratar de ordenar en una región el traslado de pacientes, tanto comunes como críticos, teniendo en cuenta que muchas veces, tanto las ambulancias de los prestadores como las nuestras, transitan largos kilómetros llevando a un paciente y no trayendo a otro.

En otra línea, en la ciudad de Salto hay avances importantes en cuanto a la complementación de los servicios con los privados. Esa es una línea estratégica que ASSE ha definido en su plan que culminó y aprobó en el año 2011, entre otras cosas, para hacer honor a los postulados del sistema de la complementación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a plantear dos temas. En muchas localidades es tradicional que exista la ambulancia, pero que a veces no haya chofer o no haya combustible, es decir que hay que coordinar varios aspectos para que el servicio efectivamente se pueda prestar. Esa es una inquietud.

La segunda inquietud que quiero formular es que en algunas policlínicas de villas y pueblos la ambulancia está destinada, según el personal, exclusivamente para el traslado de pacientes, no para la respuesta a situaciones de accidentes. A la población le cuesta muchísimo aceptar esto porque ven que hay un servicio de salud, hay una ambulancia y hay personal y, sin embargo, al herido o accidentado se lo tiene que trasladar en un vehículo particular o en un patrullero, porque la ambulancia está destinada únicamente a los traslados.

Son inquietudes que quiero transmitir para que se vayan solucionando los problemas; aclaro que no es una crítica.

SEÑORA SILVA.- Además, a veces ocurre que hay que realizar un traslado que requiere la participación del médico y este se ve imposibilitado de hacerlo por estar atendiendo a los pacientes internados en una puerta única de emergencia, a quienes no puede abandonar. Por eso, en el marco de la complementación, tenemos ambulancias que han sido donadas por la comunidad, a las que ASSE les paga el combustible y que tienen un chofer de la Intendencia. A su vez, en alguna localidad

es el servicio público el que tiene la puerta de urgencia donde se atienden todos y el traslado de pacientes de los dos servicios está a cargo del prestador privado, con una ambulancia especialmente destinada para tal fin. Pero, sin duda, todos tenemos la necesidad de concretar estos acuerdos en forma más veloz. Esta es una preocupación compartida en el interior, en especial, y en el interior más profundo por todos los prestadores del sistema, en el que nosotros tenemos una participación diferente. En el departamento de Artigas el 60% de los habitantes son afiliados a ASSE y en el departamento de Maldonado lo son menos del 30%, y -por poner un ejemplo- la única policlínica que existe en José Ignacio es de ASSE.

Con respecto al planteo que hacía el señor Senador Fernández con relación a la encuesta y al nerviosismo que genera en los usuarios, si el Presidente de la Junase y la señora Ministra me permiten, voy a dar algunos datos de la encuesta que está por publicar la Junase respecto de todos los prestadores. Nosotros tenemos solamente la de ASSE, pero se realiza para todos los prestadores por igual, con encuestadoras independientes. En esta oportunidad, en los meses de noviembre y diciembre se realizó la encuentra entre afiliados que habían tenido en el último año una atención en un servicio de internación, de cuidado de segundo Nivel de Complejidad. La opinión de nuestros usuarios -de quienes en el último año habían estado internados en un hospital de segundo Nivel de Complejidad-, entre “muy satisfecho” y “satisfecho”, era de satisfacción en un 89,4% , había un 8% que era neutro y solo un 2,6% exclusivamente declaraba insatisfacción por los servicios de atención de ASSE. Es gente que había usado nuestros servicios. Hay múltiples datos -que cuando sean públicos los podrán ver- que evalúan la opinión con respecto a la enfermería, el médico, la limpieza, la infraestructura, etcétera. Sin embargo, cuando la misma encuestadora pregunta: “En cuanto a la confianza que le inspira ASSE, ¿usted diría que la institución le genera: ‘mucha desconfianza’, ‘bastante desconfianza’, ‘ni desconfianza ni confianza’, ‘bastante confianza o mucha confianza’?”, la opinión de nuestros usuarios baja a un 82,8% en el segundo nivel de atención. Tampoco baja tanto, pero hay un descenso. Hay un 14% que es neutro y hay casi un 3% de desconfianza. Sin duda, esta desconfianza no está basada en los servicios que estas personas han recibido sino, probablemente -y a nuestro juicio con una alta probabilidad-, en la imagen pública que tiene nuestro servicio; o sea, no se genera por la utilización de los propios servicios ni por el desempeño de la institución, sino por una enorme cantidad de otras cosas. Esta diferencia es significativa y mide otras cuestiones que a nosotros nos preocupan mucho, por lo cual estamos haciendo un esfuerzo muy grande para tratar de abonar y cambiar una imagen de un prestador público. Todos sabemos que, en general, en el mundo entero los servicios públicos son peor evaluados que los otros, y estamos haciendo un esfuerzo por cambiar esa imagen. Pero muchas de las cosas que ocurren en la vuelta hacen que la confianza tenga una nota y la satisfacción de un servicio utilizado tenga otra, mucho mejor.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- Ante esos números que ustedes manejan, año a año se abre el “corralito”, como se dice normalmente. ¿Cuál es el nivel de migración o de fidelidad -por llamarlo de alguna manera- que puede tener ASSE? ¿Tiene muchas migraciones? ¿Se van muchos afiliados? ¿Cuál es la realidad?

SEÑORA SILVA.- Como comentaba hoy, desde el 2008 hasta ahora los usuarios han rondado en el millón doscientas mil personas. Por supuesto que en cada cambio o posibilidad de cambio de prestador hay una entrada y salida de usuarios de y hacia ASSE. En estos últimos dos años ha ido descendiendo el neto al año porque -como a ASSE pueden entrar y salir durante todo el año- vamos midiendo ese flujo a los cierres del año o del “corralito”. Después de este último “corralito” y de algunas dificultades que habían sido conocidas por todos, a marzo del 2013 ASSE tiene 304.284 usuarios Fonasa, lo que nos ubica en ser el prestador más elegido para la atención en nuestro país, bastante por encima de los otros, que están muy por debajo de los 300.000. Por lo tanto, estos 304.284 usuarios son parte del millón doscientos mil -lo digo con total orgullo-, pero optaron por atenderse en ASSE. Y a veces se hace un comentario de que allí hay muchos que quedaron de oficio, pero resulta que no se fueron, sino que se quedaron allí, y a marzo del 2013 estos son nuestros datos.

Respecto a algunos planteos, sin duda que la señora Ministra va a ampliar en algunos temas, pero quiero hacer alguna contribución a lo que aludió la señora Senadora Constanza Moreira con relación al laudo común. ASSE ha ido aumentando sistemáticamente el valor del salario de todos los profesionales, entendiendo por tal -como dice el diccionario de la Real Academia Española- aquella persona que desempeña una profesión y cobra por ello un salario. En este sentido, ha habido un acercamiento muy importante. Todavía nos queda un retraso con respecto a la remuneración de los

profesionales médicos con relación al resto del sector si tomamos en cuenta los valores globales; pero si analizamos algunas disciplinas y, fundamentalmente, hacemos la comparación de algunas en el interior del país, nosotros ya estamos muy cerca del mismo valor de remuneración que tienen los privados.

En lo que tiene que ver con el personal no médico, en el personal de enfermería tenemos, en algunos lugares tenemos, incluso, mejores salarios que los que tienen otros prestadores, fundamentalmente en el interior. Es un camino que se ha iniciado en trabajo en conjunto.

SEÑOR MOREIRA.- Una de las cuestiones a tener en cuenta es el aumento de recursos y que hay menos usuarios. La doctora hablaba de que han aumentado sensiblemente las retribuciones. A mí me gustaría saber -pues ahora no poseo las cifras- cuál ha sido el aumento de las asignaciones presupuestales en las últimas Rendiciones de Cuentas, por lo menos en valores constantes, y cuánto de eso se ha volcado a la masa salarial, es decir, si predominantemente se ha asignado más a la masa salarial que a otro tipo de elementos.

SEÑORA SILVA.- En realidad, el incremento del Presupuesto de ASSE se ha ido asignando, tanto al aumento de la masa salarial como al aumento en el gasto de funcionamiento e inversiones. En los últimos cuatro o cinco años hemos ido aumentando la porción del gasto que se destina a salarios, pasando de aproximadamente un 50% -ahora no tengo los datos concretos- a un 61% al cierre del 2012.

Quiero hacer un comentario sobre las Unidades Docente-Asistenciales. Se trata de un programa que se votó en el Presupuesto de este Ejercicio para que, en conjunto con la Facultad de Medicina, tanto ASSE, como el Hospital Militar y el Hospital de las Fuerzas Armadas, pudiéramos tener la posibilidad de conformar estas Unidades con dos objetivos prioritarios: mejorar la formación de recursos humanos en algunas de las disciplinas críticas y mejorar la capacidad de la atención. Hay una cantidad de proyectos en ejecución y, en el marco de ese programa, a partir del año 2011, ASSE comenzó a financiar la segunda Cátedra de Anestesiología con más de diez recursos, entre grado 2 y grado 3 -con un grado 4 específicamente-, lo que le permitió aumentar en veinte la cantidad de residente de anestesiología para capacitar y brindar al país especialistas en una disciplina crítica. Esta Cátedra no es independiente sino que está integrada al Departamento de Anestesiología de la Facultad de Medicina y, básicamente, cumple funciones en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en el Hospital Maciel.

Por lo tanto, nuestra evaluación del desempeño de este programa ha sido muy satisfactoria; se han hecho análisis sobre cuáles son los desempeños, tanto en la formación de recursos como en la atención de todas las Unidades Docente-Asistenciales, y ha habido reformulaciones de algunas de ellas para que pudieran cumplir mejor con la meta.

Respecto a la preocupación existente con el Hospital de Clínicas, debemos decir que está integrado a la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud y hemos ido firmando convenios de complementación de servicios con este Hospital, en especial con el Centro Cardiológico. A su vez, ASSE transfiere al Hospital de Clínicas un monto de presupuesto anual que supera los $ 70:000.000 para asegurar el pago de los insumos, de medicamentos y estudios que el Hospital hace para usuarios de ASSE, porque es su población objetivo.

En cuanto a la preocupación planteada sobre la radicación de médicos especialistas en el interior, podemos decir que el Programa de Fortalecimiento de Recursos Humanos en Salud destina un monto específico para complementación de salarios a aquellos equipos docentes que cumplen funciones en hospitales públicos. Para que eso ocurra deben firmar un compromiso de gestión que incluye la necesidad de hacer actividades de extensión de su tarea al interior del país. Es así que con algunas de las cátedras tenemos actividades de ginecología en el Hospital de Maldonado y en el de Florida. Recientemente, con la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, hemos tenido algunas actividades de apoyo a la gestión en algunos de los hospitales del interior.

Coincido con el señor Senador Lacalle Herrera en cuanto a que la rehabilitación requiere de otras cosas más allá de las estructuras formales, entre otras razones porque muchas veces la gente se acerca a quien lo ayuda en su proceso de rehabilitación con otras motivaciones que, quizás, están lejos de lo que una estructura formal pueda brindar. En ese sentido, tenemos múltiples convenios por todo el país con organizaciones de voluntarios o con ONG que se han dedicado a muchísimas cosas, como la rehabilitación de los niños. En ese sentido, tenemos algunos acuerdos de trabajo y formación de recursos humanos en el interior con la fundación Teletón, con quienes estamos viendo qué posibilidades de avance tenemos. A su vez, todos los residentes del Cottolengo Don Orione reciben nuestros medicamentos y proveemos algunos recursos humanos para colaborar en su atención. Tenemos relación con organizaciones que se encargan de atender a adictos a las drogas en el interior del país, incluso, estamos por financiar a una ONG en el departamento de Soriano. Se trata de un proyecto que era financiado desde el extranjero, pero ese financiamiento terminó y estamos buscando la forma de que continúen trabajando porque pensamos que esa conjunción siempre es mejor que otras.

Voy a dejar para el final el tema de las muertes planteadas por los señores Senadores Solari y Moreira.

SEÑOR GALLO.- ¿Se está pensando o analizando la ubicación definitiva del Hospital de Clínicas en el Sistema Nacional Integrado de Salud?

SEÑORA SILVA.- Puedo explicar cuáles son los sistemas de trabajo y los acuerdos que tenemos tanto con la Facultad de Medicina como con el Hospital de Clínicas. Este último no es un prestador integral, pero está incluido en la red de nuestros servicios porque atendemos a la misma población. En ese sentido, con el Decano y su equipo, y con la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, hemos avanzado sistemáticamente para mejorar nuestros acuerdos de complementación, definiendo la población e incluso integrándolos en el circuito de convocatoria de nuestra coordinadora de CTI cuando los pacientes tienen que transitar de un lado al otro. Desde el punto de vista operativo, la atención de los pacientes es casi como un servicio de complementación global. Esta es una decisión de la Universidad de la República; no es nuestra responsabilidad, pero sabemos que se está discutiendo en ese ámbito. En el caso de ASSE seguimos avanzando para que podamos convenir y, de hecho, en el acuerdo firmado con el Centro Cardiológico hay una pauta específica que establece que cuando un paciente adulto tiene determinado evento cardiológico, es el Hospital de Clínicas el que lo recibe inmediatamente y no va a ninguna de nuestras puertas de hospital como sucedía hasta hace un año.

En cuanto a la contratación de servicios de CTI, puedo dar algunos datos concretos. El gasto por contratación de CTI en los hospitales de ASSE en el año 2012 fue de $ 300:000.000 con un detalle por hospital. Además, el porcentaje del presupuesto del gasto de inversiones en CTI del año 2005 al 2012 disminuyó del 8.25% al 4.52%. Hemos bajado a la mitad el peso relativo de la contratación del CTI porque aumentamos de forma importante el número de camas especialmente en CTI de adultos. En el año 2005 de tener 79 camas en CTI de adultos en servicio propio pasamos a tener 114. Hay informes muy interesantes. Del año 2005 al 2011 ASSE contribuyó con un aumento relevante: de 604 camas pasamos a tener 676. Además, contamos con 79 camas de cuidado intensivo para niños y neonatología; tenemos convenios de complementación de servicios para la contratación de camas de CTI; tenemos un convenio muy novedoso en San José donde ASSE alquila en forma permanente una cama de CTI para ser usada por nuestros usuarios y, eventualmente, la potencialidad de uso de otra cama supernumeraria; tenemos acuerdos en proceso para la utilización del Centro de Cuidados Intensivos de la ciudad Young que es un CTI que tiene cinco camas, donde nosotros complementamos con el prestador local toda la atención quirúrgica en nuestro servicio.

SEÑOR MOREIRA.- Estamos hablando, entonces, de 114 camas en ASSE y algo más de 700 en total. Aparentemente, en proporción sigue siendo muy baja la participación porque tenemos 1:250.000 afiliados. ¿Hay intención de aumentar ese número significativamente o se piensa que la complementación y contratación de servicios es más económica que la posibilidad de que ASSE tenga más camas de CTI? ¿Cuál es la distribución entre Montevideo y el interior?

SEÑOR GALLO.- Me gustaría complementar esa pregunta con la siguiente: ¿Los invitados piensan que la oferta actual de camas de CTI es la adecuada o tienen algún planteamiento con respecto al

aumento de su número?

SEÑOR SOLARI.- Una de las dificultades que se planteó en estas últimas semanas, aún sin haber llegado la época de los fríos, fue la saturación de las camas de CTI, específicamente en el área de Montevideo. En un determinado momento, en el Hospital Pasteur había cuatro pacientes esperando que se liberara una cama de CTI. Entonces, independiente del aumento del número, del esfuerzo y demás, me gustaría saber si los invitados consideran que el número de camas disponibles -ya sea propias o pasibles de convenios y contratación- son suficientes para el aumento de las patologías que ha habido, producto de la violencia, de accidentes de tránsito y de diversas patologías que hace que se requiera mayor cantidad de camas de tratamiento intensivo.

SEÑORA SILVA.- En realidad, tenemos 207 camas disponibles de CTI y somos el prestador que tiene un tercio de la población cubierta. Es decir que en los grandes números, tenemos la tercera parte de camas y la tercera parte de la población.

Existen debates y análisis permanentes no solo a nivel de ASSE sino con el resto de los prestadores cobre cuántas deberían ser nuestras camas de CTI, cuáles son los informes de la Organización Mundial de la Salud y cuáles son los reportes de cuántas camas de CTI debe tener una población. Grandes trabajos científicos determinan que debe haber una cama por cada 10.000 habitantes; nosotros, en el país, contamos 1,8 cada 10.000 usuarios, pero tenemos una morbilidad y un aumento de las prestaciones de alta complejidad que, sin duda, requieren un ajuste de esos números o de esos trabajos científicos que fueron haciéndose en otro momento. En los últimos días, el sistema en su conjunto tiene ocupación casi plena de las camas de CTI en una época del año en que normalmente no la hay, entre otras cosas porque un 15 % de ellas están ocupadas por pacientes jóvenes que sufrieron graves accidentes de tránsito.

(Intervención del señor Senador Moreira que no se escucha.)

-En la última semana el 15% de nuestra dotación de camas estuvo ocupada por pacientes con distintos grados de riesgo por haber sufrido accidentes de los más diversos: de tránsito, en el hogar, peleas personales y demás.

Con respecto a la dotación de camas en Montevideo e interior -que fue otra pregunta planteada-, sin duda, en el interior tenemos prácticamente la mitad que en la capital, si bien allí hay una mayor concentración en el sistema, entre otras cosas, porque los servicios de referencia nacionales están en la capital, así como también algunos centros de cuidados de alta tecnología.

En lo que tiene que ver con la evaluación de los compromisos de gestión y toma de decisiones, debo decir que siempre evaluamos el funcionamiento de los equipos de gestión. De hecho, en el último año y medio hemos cambiado integrantes en más de diez equipos de gestión, por distintas causas. Asimismo, estamos inmersos en este proceso de la regionalización, en el que tenemos gran esperanza y en el que hay mucho trabajo puesto. Pensamos que de esta manera se va a poder poner en terreno la verdadera descentralización -que muchos de nosotros hemos soñado por tanto tiempo- porque hemos firmado un documento de responsabilidad, tanto con el Director regional como con los integrantes de lo que llamamos el equipo de gestión regional, que son todos los Directores de las unidades ejecutoras de cada una de las regiones.

SEÑOR MOREIRA.- Me siento tentado de hacer un comentario en función de que está presente la señora Ministra. Recuerdo que cuando con el señor Senador Solari convocamos al entonces Ministro Olesker, uno de los temas polémicos fue una carta enviada por el Presidente de la Federación de Funcionarios de Salud Pública -no me acuerdo a quién- en la que decía que el gremio evaluaba el comportamiento de los Directores de las unidades ejecutoras, y confieso que tuve acceso a esa carta. Esto hace al buen funcionamiento, a la racionalización de la prestación de los servicios y a la disciplina; por lo tanto, es un tema vital para la buena gestión. Recuerdo un suceso protagonizado por uno de los Directores de ASSE -el representante de los trabajadores, que aún continúa allí-, quien había enviado una carta a la señora Ministra -que leí en el Plenario- en la que mencionaba un sumario iniciado en el Hospital de Mercedes, que quedó sin efecto. Siempre es deseable que estas cosas no sucedan porque

la jerarquía y el mando deben operar totalmente ajenos a ese tipo de decisiones, que son más de índole corporativa que guiadas por los principios de la racionalidad de la función. Por eso me gustaría saber si se han eliminado esas cosas, que tomaron estado público porque había documentos que las acreditaban.

SEÑORA MINISTRA.- Es cierto que en el caso de las evaluaciones los trabajadores habían planteado hacer una evaluación desde el Directorio de ASSE pero estas siempre estuvieron vinculadas a la Gerencia General. Quiero dejar constancia de que, en realidad, el Directorio de ASSE es un órgano de gobierno de la Institución pero es la Gerencia General la que se encarga de todo lo que hace a las cuestiones de gestión. Por lo tanto, la evaluación de los Directores depende justamente de la Gerencia General.

En el caso de la carta que mencionó el señor Senador, tampoco existe la potestad de un miembro del Directorio de anular un proceso administrativo, de sumario ni de investigación, así que eso no fue así.

(Intervención del señor Senador Moreira que no se escucha.)

-Es cierto, hizo una nota.

SEÑORA SILVA.- La evaluación del desempeño de los equipos de gestión va a estar consagrada en un documento que definirá cuáles son las responsabilidades y cuáles los indicadores de cumplimiento. Vale destacar que los cambios que hemos hecho hasta ahora por la evaluación del desempeño del equipo de gestión han sido en varios ítems, entre los que podemos mencionar: la responsabilidad de informar debidamente al Sistema Nacional de Información todos los aspectos -no solo los asistenciales-, dentro de la normativa que tiene el Ministerio de Salud Pública para todos los prestadores; informar el cumplimiento de las metas prestacionales, que también son parte del Convenio de Gestión que se tiene con la Junta Nacional de Salud; ceñirse -de acuerdo con las normas- a la ejecución del presupuesto que tenga asignado; hacer los planteos necesarios para el cumplimiento de ese presupuesto; tener reuniones sistemáticas con usuarios y trabajadores. Esto último se había establecido especialmente el año pasado en el Compromiso de Gestión de las Unidades de Primer Nivel, teniendo en cuenta, incluso, cuál es la responsabilidad de ASSE en el cuidado y en la integración de los usuarios como parte de los Consejos Asesores Locales.

Con respecto a los planteos que realizó el señor Senador Moreira sobre la situación del Hospital Maciel, cabe mencionar que hemos concurrido a dar información a esta Comisión en múltiples oportunidades. Incluso, hemos tomado e implementado en este Hospital muchas de las sugerencias que se hicieron en el evento de marzo del año pasado. Por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública definió y consolidó una Comisión de Seguridad del Paciente, que si bien existía en los servicios de ASSE desde el 2008 -lo comento para ilustrar a los señores Senadores- se define hace menos tiempo.

Debo decir que muchos de nuestros servicios han hecho punta en temas importantes, que son vistos a nivel internacional como relevantes para mejorar, y para disminuir en lo posible el error, que es inherente a la condición humana. Así, formamos parte de la Lista de Verificación Quirúrgica, estudio en el que participaron diez prestadores de nuestro país, tres de los cuales eran servicios de ASSE; trabajamos en el desarrollo de un sistema de notificación de efectos adversos -en principio, somos el único servicio de salud que lo está realizando en el país con la rigurosidad que define la Oficina Panamericana de la Salud en un convenio de cooperación con Costa Rica-; participamos en diferentes actividades de capacitación y de discusión de la cultura de seguridad; implementamos Comités de Seguridad del Paciente en todos los departamentos del país -en algunos tenemos más de uno-, y desde hace ya unos cuantos meses contamos con una Comisión Central de Seguridad del Paciente, integrada por médicos legistas, profesionales médicos, ginecólogos, administrativos, especialistas en administración y licenciados en enfermería, que han encarado este tema como prioritario para el desarrollo de una salud segura, como está definido en los postulados nacionales.

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Senador Lacalle me ha solicitado plantear un tema previo y, luego, quien habla quisiera hacer una solicitud.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- A través de un correo electrónico, una persona me pregunta si es cierto que la vacuna contra el Papiloma se va a dar solo hasta los doce años y, de ser así, si existe una razón para ello.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- El año pasado mantuvimos extensas sesiones conversando sobre este tema -si mal no recuerdo, en esta misma Sala-, e inclusive hicimos una exposición con un *PowerPoint*. Debemos decir con gran alegría que se ha implementado el Plan Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, que incluye pasar de la habilitación de la vacuna contra el virus del papiloma humano -el que quería la pagaba-, a ser ofrecida por el Ministerio. Es decir que el Ministerio de Salud Pública disminuye la brecha de inequidad en el acceso, ofreciendo gratis la vacuna a las niñas o jóvenes que cumplen doce años durante este año. Aquellas jóvenes que quieran vacunarse a posteriori de eso y que no hayan tenido relaciones sexuales, pueden hacerlo, pero ya no es gratis y deben pagarla.

SEÑOR PRESIDENTE.- Con respecto al tema anterior que estábamos tratando, quisiera preguntar si es posible -me gustaría que lo fuera- tener acceso al informe final que aprobó el Directorio de ASSE sobre la investigación de las muertes atribuidas a los asesinos seriados. Tengo entendido que esa investigación ya se cerró -por lo menos eso fue lo que trascendió en la prensa-, pero nosotros no tuvimos la información que nos habían prometido.

SEÑORA SILVA.- Con gusto puedo enviarles un informe con los datos generales de esa investigación.

Con respecto a la investigación administrativa de esta situación en el Hospital Maciel, puedo decirles que, luego de considerar más de 80 declaraciones y tomando en cuenta lo actuado por la Comisión Investigadora del Ministerio de Salud Pública -y aclaro que seguimos contribuyendo con la Justicia, brindando información en forma permanente al Juez competente en estos casos-, el día 28 de noviembre de 2012 el Directorio de ASSE decide clausurar las investigaciones y exhortar a los funcionarios al cumplimiento de lo establecido en el Decreto Nº 500.

SEÑOR MOREIRA.- ¿Fue por unanimidad que se tomó esa decisión?

SEÑORA SILVA.- No, señor Senador, fue por 4 votos en 5, porque el doctor Sosa no la votó.

Me gustaría hacer un resumen de esa resolución y, al mismo tiempo, formular algunos comentarios al respecto.

En sus Resultandos, la Resolución menciona que “las actuaciones realizadas por el equipo integrado por el Director de la División Jurídica y la Directora de Investigaciones y Sumarios y la Asesoría de la Auditoría Interna, en tanto existió un manejo inadecuado por el Jefe de Servicio, así como por parte de las coordinadoras licenciadas que debieron haber realizado una indagatoria en profundidad, con los fines que se planteaba” -es por eso que de aquí surge el sumario que nosotros realizamos- “recabando los datos en forma reservada en cuanto al conocimiento que tenían de la persona” -cuyo nombre está escrito aquí-; que “las medidas que fueron adoptadas por la licenciada y el Jefe de dar cuenta a la Dirección del Hospital por su preocupación, habiéndose decidido luego de esto la realización de una auditoría clínica”; que “las medidas adoptadas, considerada la investigación por parte de la Dirección fueron las correctas, a efectos de estudiar el incremento del número de pacientes fallecidos”.

Quiero aclarar que estoy haciendo un resumen del documento; después les puedo enviar el informe completo.

Emite opinión con respecto a la actuación del enfermero del Hospital Maciel; surge como imputabilidad de falta administrativa, por lo que se decide el sumario al Jefe del servicio. La conducta del enfermero fue objeto de actuación en la sede penal, que todavía continúa actuando. A juicio de la Administración, pues, el esfuerzo que se hizo en vía administrativa para tratar de despejar dudas que surgían en declaraciones contradictorias, no resultó. Esta vía estaba agotada porque, en realidad, no está preparada para detectar alguna de las otras situaciones que están en el ámbito de la Justicia

Penal. En definitiva, el Directorio consideró que el esfuerzo que se había hecho en esta investigación era suficiente, que las medidas que se tomaron fueron las adecuadas en ese caso, y que las medidas correctivas que el Hospital Maciel había tomado hasta entonces, eran las que se podían tomar, con el máximo celo posible.

Quería compartir con los señores Senadores una información complementaria, pero como no la encuentro voy a enviar el informe por escrito y también las motivaciones.

SEÑOR MOREIRA.- Tal como lo planteaba el señor Presidente, me gustaría tener acceso al informe, si fuera posible, porque repasando la auditoría del 17 de mayo observo que hay declaraciones del doctor Patritti que habla de diálogo de médicos y de que la Dirección del Hospital estaba en conocimiento de esos comentarios. Realmente me llama la atención que no se haya tomado ninguna medida, que no se haya iniciado ningún procedimiento sumarial respecto del Director Gabus, que estaba en conocimiento de los hechos, según surge de todo lo que he visto y de las declaraciones de los propios funcionarios del Ministerio del Interior. Honestamente, no quiero prejuzgar ni nada que se le parezca, pero por algunos elementos de juicio que acompañan esta auditoría, así como por lo que surge de las propias declaraciones del Inspector Guarteche cuando concurrió a la Comisión de Constitución y Legislación, me llama la atención que no se haya iniciado, por lo menos, un sumario -no quiere decir que haya responsabilidad-, como forma de profundizar la investigación respecto del Director del Hospital, que estaba enterado de la situación. Incluso, fue el doctor Patritti quien propuso esa auditoría por el aumento de las muertes. Recuerdo que el señor Subsecretario dijo que no era tal, porque había aumentado el número de pacientes que estaban internados. De todos modos, esto se estaba dando, y como hay confesiones, llama la atención que no se haya iniciado un sumario.

Insisto -sin abrir ningún juicio de valor- en que me gustaría tener acceso a las actuaciones.

SEÑORA SILVA.- Vamos a enviar las actuaciones que solicita el señor Senador.

Reitero que el Directorio y la Asesoría Legal de ASSE, después de haber hecho un profundo análisis de todas las declaraciones, consideraron que la vía administrativa estaba agotada y que se habían tomado todas las medidas necesarias en ese caso. Sin duda, la situación es compleja, tanto que todavía no ha culminado la investigación, pero esas fueron las consideraciones que llevaron al Directorio de ASSE a tomar tal medida, basándose en el informe jurídico y en la fundamentación que acabo de hacer.

Quiero aclarar que hay distintos ámbitos de análisis de la situación. Uno de ellos es el técnico, de evaluación de la tasa de mortalidad, que no es la cantidad de muertes absolutas, sino la relación entre pacientes asistidos y fallecidos; eso es lo que define si ha aumentado o no la mortalidad. También hay una investigación administrativa que hizo el Ministerio, a partir de la cual emitió sugerencias para los prestadores, en especial para ASSE en el caso que le compete. Además, hay una investigación administrativa seria y detallada que hizo ASSE, que luego de tomar en consideración todas esas declaraciones, consideró agotada la vía administrativa para dirimir situaciones que eran confusas, y a juicio de los instructores sumariantes -que repito que fueron el Jefe del Departamento Jurídico, el Jefe de la Instructora de Sumarios y el Director de la Auditoría de Gestión- no había mérito para iniciar otras medidas a otros profesionales del Hospital.

Con respecto a lo planteado por el señor Presidente y por el señor Senador Moreira, debo decir que, en algunos de los casos, nosotros estamos realmente muy preocupados, porque por distintas causas o a través de diferentes comunicados públicos, se ha generado en nuestros servicios una situación de difícil sostenibilidad.

La medicina defensiva por el temor se está dando en cada uno de nuestros sectores, y todos sabemos -en especial el señor Senador Solari, que es médico y ha trabajado en esto desde hace muchísimos años- que cuando uno se defiende tiene mayor probabilidad de cometer errores; no solo aumenta gastos, sino que puede incurrir en iatrogenia por aumentar una cantidad de prestaciones que, en general, no son exentas de daño para las personas. El uso de los cuidados intensivos es uno de ellos. El mantener en una cama de cuidado intensivo a un paciente que podría estar en otro lugar

aumenta muchísimo los riesgos de contraer infecciones mucho más graves, con gérmenes mucho más resistentes, además de todo el daño emocional que puede hacérsele a un paciente que esté lúcido, internado en un CTI cuando no debe estarlo.

Todo el manejo en público de esta cantidad de casos ha generado, además, muchísima preocupación en nuestros usuarios -en ese 1:200.000-, en especial en las personas que están más desprotegidas y tienen dificultades para entender cuáles son sus derechos y cuál es la situación de su propia salud. Y, fundamentalmente, o con el mismo peso, ha generado una enorme preocupación en todos los trabajadores, un temor por trabajar en los servicios de salud, no solo públicos, sino también privados.

Estamos a las puertas de inicio del plan de invierno, para lo que vamos a contratar a mucho personal a fin de aumentar las camas de CTI. Dentro de muy pocos días tendremos ocho camas más en el Hospital Maciel y abriremos camas supernumerarias en todos los hospitales de Montevideo y del interior, pero estamos con dificultades para conseguir personas que quieran venir a trabajar a los servicios públicos en el plan de invierno.

Por lo tanto, no nos parece correcto exponer de la forma en que se hizo hasta ahora, a través de mensajes públicos, una cantidad de datos -muchos de los cuales son atendibles, porque a nosotros nos preocupan todas las muertes; todas y cada una de ellas-, porque en todos los casos que han salido a la opinión pública se han cometido errores graves en la información. Ha habido violación a la confidencialidad de los nombres y de las personas, así como generación de alertas con datos erróneos -profundamente erróneos- que no coinciden con los datos de la historia clínica y que generan esta preocupación.

Nosotros conocemos en detalle la mayoría de los casos que el señor Presidente mencionaba, porque han sido objeto de un trabajo muy fuerte. Hasta ahora, hay un único caso del que ASSE ha hecho una comunicación preliminar de muerte prevenible por fallas en el proceso; ese comunicado fue transmitido a la opinión pública y está colgado en nuestra página *web*. En todos los otros, todavía no hay evidencia de que haya habido errores en el proceso de atención. Ni siquiera en el de Paso de los Toros. En este caso, en el informe preliminar de actuación de la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente, ASSE asume la responsabilidad por ese proceso primariamente mal ejecutado durante la atención, pero no ha culminado el análisis técnico porque la autopsia no ha culminado, porque la Comisión dedicada al monitoreo y reducción de la mortalidad materna no ha actuado y no ha analizado el proceso, y porque la Comisión Honoraria de Salud Pública tampoco lo ha hecho, además de que el encare está en el ámbito de la Justicia. Por lo tanto, estamos muy preocupados. También estamos muy preocupados porque el señor Senador Solari le pueda dar esta información a los medios de prensa -lo digo con todo respeto- porque en algunos de ellos advertimos errores importantes, ya que son casos que hemos analizado detalladamente porque nos han preocupado. En consecuencia, le manifiesto al señor Senador esa preocupación con respecto a esta información. Sin ser atrevida, permítame decirle que hay algunos datos -de lugares muy pequeños- que identifican a las personas y que pueden generar mucho más dolor.

Por lo tanto, le ofrezco a usted, como al resto de los señores Senadores que integran la Comisión de Salud Pública, enviarles un pormenorizado detalle de cada uno de estos casos e, incluso, podemos hacer, con el asesoramiento jurídico debido, un informe con datos confidenciales, que puedan ser manejados en la confidencialidad para poder evitar agregar más dolor a estas familias y más preocupación a un sistema que tiene, en el caso de ASSE, veintisiete mil trabajadores, la gran mayoría de los cuales hacen su trabajo con tesón, responsabilidad, destreza y con calidad técnica.

Recordemos que este es un servicio donde la tasa de mortalidad global a nivel hospitalario está en el 3% de los egresos, que la tasa de mortalidad global es inferior, incluso, al 4% que se estima de algunos servicios de complejidad 2 en la región, y es un servicio en el que estamos trabajando permanentemente para resolver los temas.

Cuando ocurrió lo que ocurrió en Paso de los Toros, el Directorio en pleno dio su respuesta y asumió la responsabilidad institucional, al menos en esta primera etapa en que, repito, todavía no ha culminado el dictamen técnico, mucho menos el administrativo y, menos aún, el judicial.

Por esta razón, quería culminar manifestándoles la enorme preocupación que vivimos cada día, en cada uno de los más de ochocientos puntos de atención que tiene ASSE. Los usuarios están preocupados, así como los trabajadores que están en alerta permanente, con actitudes de medicina defensiva -tanto personal médico como no médico- que generan, sin duda, aquí y en todas partes mayores probabilidades de error.

Como decíamos en el festejo de la Semana Nacional de Seguridad del Paciente, lo imperdonable no es que exista un error -porque es inherente a la condición humana y hace más de quince años que se está trabajando en esto en el mundo entero-, lo imperdonable es no reconocerlo y, fundamentalmente, no tomar medidas para que esto no ocurra.

Por estas razones, quería manifestar en nombre de mi equipo e incluso en nombre de todo el Directorio de ASSE y de la Gerencia -hoy de mañana estuvimos analizando muchas de estas situaciones-, la enorme preocupación de todos nuestros trabajadores y usuarios porque estos temas, que son sensibles, a las puertas del invierno no nos generen mayores problemas porque ya los estamos teniendo.

SEÑOR PRESIDENTE.- No podría estar más en desacuerdo con lo que acaba de decir y le voy a explicar por qué.

Usted hizo una comparación bastante interesante entre el nivel de satisfacción de los usuarios que en el último año utilizaron los servicios de ASSE y el nivel de confianza. Si bien no hizo la distinción entre la confianza muy alta y la alta, no importa. De cualquier manera, hay un 82,8% de los pacientes que confían, pero a contracenso de eso hay un 17,2% que no confía o que tiene una confianza baja. Creo que la desconfianza aumenta, no por los errores -porque estos son humanos, todos cometemos errores- sino cuando la población sospecha que no se le está diciendo todo lo que hay que decirle, que no se le está diciendo la verdad.

Si ustedes me permiten, voy a hacer referencia a un hecho que nos ocurrió durante la Presidencia del señor Senador Lacalle Herrera, exactamente el 11 de octubre del año 1990. Yo era Ministro de Salud Pública y recibí una llamada al mediodía en la que me informaban que, como consecuencia de una trasposición de sangres en el Servicio Nacional de Sangre, se acababa de confirmar que le habíamos transfundido sangre contaminada con VIH a un lactante proveniente de Tacuarembó. ¡Imaginen el grado de culpa, de responsabilidad, de vergüenza!, pero lo que concluimos el señor Senador Lacalle, en ese momento Presidente de la República, y yo, Ministro de Salud Pública, fue que había que explicárselo a la población inmediatamente. De manera que llamamos a una conferencia de prensa -aun sin tener una investigación administrativa, simplemente sabiendo que el hecho había ocurrido- y dimos toda la información que teníamos. Y esa noche -por eso me acuerdo particularmente de ese día-, solo, en mi auto, me fui hasta el Pereira Rossell, me reuní con los padres del lactante y les expliqué, en el lenguaje más simple posible y de la forma más sencilla, de tal manera que pudieran entender, qué había ocurrido y cuál era el daño que le habíamos hecho a su hijo.

Aclaro que no es que me esté poniendo como ejemplo, sino que lo que estoy tratando de ejemplificar es la actitud de ser transparente, de explicar, de transmitir, de informar en un lenguaje que la gente entienda; esto es lo que baja el nivel de desconfianza en el usuario y el nivel de medicina defensiva en los prestadores del servicio. Y esto es lo que no veo. Lo van a leer en la nota que me enviaron y que yo les di a la señora Ministra y a la señora Presidenta del Directorio de ASSE en forma reservada, porque también soy muy sensible al derecho a la intimidad que tienen los damnificados en estos casos. De manera que creo que no hay que esperar que se complete ninguna investigación administrativa; no hay que esperar nada que levante sospechas. Por el contrario, hay que anticiparse a la jugada, salir y decir qué fue lo que pasó y cuál es la explicación que se tiene, prometer que se va a investigar y pedir que confíen en nosotros, porque les vamos a decir la verdad.

SEÑORA SILVA.- Tan de acuerdo estamos con el señor Senador Solari, que es lo que hemos hecho en cada uno de estos casos y en tantos otros, de pacientes que fallecen por causa del desarrollo normal de su enfermedad. Tanto estoy de acuerdo con el señor Senador Solari, que nuestros servicios son los únicos en el país en que se hacen talleres específicos llamados “Cómo comunicar las malas noticias”. Tanto estoy de acuerdo con el señor Senador Solari, que en el caso de Paso de los Toros, en el de

Rivera, en el de Minas y en el de Durazno, un equipo completo de médicos, de integrantes del equipo de Salud Mental, de la Gerencia intermedia, de la Dirección del hospital y de la Comisión de Seguridad del Paciente fueron a hacer intervenciones con los trabajadores, con las familias y con la población. Incluso, en el caso de Paso de los Toros el representante del Directorio tuvo una reunión privada con el esposo de la señora fallecida. Tanto estoy de acuerdo con el señor Senador Solari, que cuando tuvimos la más mínima evidencia, después de haberle dado la información a los familiares de la paciente de Paso de los Toros, como nos habíamos comprometido, hicimos una declaración pública en una conferencia de prensa con el Directorio en pleno y con la Gerencia, que colgamos en nuestra página web y entregamos a todos los medios.

Por supuesto que cada vez que ocurre una muerte inesperada o centinela, o cualquier muerte, el equipo de Salud tiene que hacer lo que hace en la gran mayoría de los casos: la contención y la explicación a los familiares de los pacientes. Tenemos otros errores en el proceso de atención que nos generan un daño, y a cada uno de los pacientes se le explica, cada una de las veces y en cada uno de los momentos, lo ocurrido. Es por eso que estoy de acuerdo con el señor Presidente y, en estos casos, a nuestro juicio, hemos hecho el máximo esfuerzo posible para informarles lo sucedido a los familiares de los pacientes, de primera mano, con un encare integral que involucra todos estos aspectos que he comentado de la atención a la salud.

Pero solamente para aclarar el tema de la confianza y para que quede constancia en la versión taquigráfica -capaz que lo dije en forma muy rápida-, el 43,6% de los usuarios tienen “mucha confianza”, el 38,8% “bastante confianza”, el 14,5% no tiene “ni confianza ni desconfianza” -son neutros-, solo el 1,2% tiene “mucha desconfianza” y el 1,7% “bastante desconfianza”. Por lo tanto, quienes tienen desconfianza en el sistema son el 2,9% de los encuestados, que es muy diferente a quienes están insatisfechos con nuestros servicios, que son el 2,6% entre “muy satisfecho” o “insatisfecho”. Cuando la Junasa culmine con su trabajo, les puedo mandar un reporte completo de la encuesta.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- No quiero ingresar en una discusión de carácter técnico, científico o profesional, pues tanto el señor Presidente de esta Comisión como la señora Presidenta de ASSE saben cómo manejar los temas desde el punto de vista profesional. Por supuesto que respeto a ambos y no me cabe ninguna duda de la preocupación del doctor Solari, pues la ha estado planteando siempre.

Sí creo -acá estamos en una Comisión del Senado en la cual participamos Senadores y, por tanto, políticos- que hay algunas cuestiones que se manejan y que, sin duda, generan golpes; uno al principio podría plantearse que no lo quiere llevar adelante, pero sí, se golpea la credibilidad. Por ejemplo, nosotros convocamos a la señora Ministra -incluso, ella se ofreció a venir con su equipo- para hablar de todos los temas, de qué se iba a hacer de aquí hacia adelante, cuáles eran sus proyectos, etcétera; además, como se dijo hoy temprano, también para hablar de otras cuestiones que le preocupan a la Comisión. Pero no habíamos convocado -como salió en la prensa- para “hablar de las muertes evitables que llevan a las autoridades de ASSE y del Ministerio de Salud Pública a que concurran al Senado”, y esto es lo que genera desconfianza. Por supuesto que estos hechos en la opinión pública generan situaciones particulares, como también el decir que en determinados lugares no hay ambulancias o atención cuando, en definitiva, las hay. Eso es lo que a uno le preocupa.

Yo quiero decir lo siguiente: soy usuario de una Institución de Asistencia Médica Colectiva privada o, en realidad, pública pero de administración privada, y considero que es excelente. Soy muy crítico de las pequeñas cosas que pasan en la mutualista, lo discuto con la gente de allí y sé que quien se va a quejar siempre es quien siente un problema, pero eso no puede quitarle para nada la capacidad ni el prestigio respecto a cómo se nos atiende en esta institución, ni tiene por qué hacerlo. Tratamos de buscar que esto no afecte la imagen de la institución cuando hay alguien que se siente mal. Por supuesto -como se dice aquí-, las muertes siempre nos generan, a todos, una situación de preocupación. Pero lo que queremos -creo que está muy claramente planteado por la Presidenta de ASSE- es evitar situaciones más complicadas que, en definitiva, sirvan para titulares de la prensa que generen en la población preocupaciones que, en realidad, no son del nivel a que el colectivo las está sintiendo, sino que son, evidentemente, situaciones concretas.

Es eso lo que quería decir, señor Presidente.

SEÑOR MOREIRA.- Hemos escuchado con muchísima atención las explicaciones, muchas de las cuales han sido satisfactorias, pero debo decir que tenemos distintos enfoques en cuanto a la forma de plantear estas cosas a la población, ustedes como responsables del servicio y nosotros como representantes del pueblo en el Senado de la República. Supongo que todos estamos guiados por el mismo espíritu, con la intención de que la gente crea en el Sistema de Salud. No creo que haya ningún uruguayo, sea Gobierno u oposición, que pretenda hacer descreer a la gente de las bondades del sistema. Tampoco parece que echarle la culpa a la prensa o a la oposición, como a veces sucede, sea el camino más adecuado para buscar acuerdos e inspirar esa confianza. Acá tenemos un precedente muy malo, que es lo sucedido con los enfermeros, que me parece que generó una desconfianza y una alarma pública como consecuencias de hechos que nunca habían pasado, pero que sucedieron. En lo personal, pienso que no se actuó con la rigurosidad debida, tanto en el momento, como después de ocurridos los hechos. Sinceramente, no me convence que se hayan clausurado esas actuaciones porque, a mi juicio, habría más de un responsable. Me gustaría ver, después, las actuaciones, pero me parece que todos debemos ser muy prudentes; no se puede decir, de parte de los responsables del servicio, que la prensa o la oposición está generando una alarma con algún afán espurio que, sinceramente, no tenemos. Nada mejor que sentarse en la mesa de una Comisión para discutir estas cosas y tener una versión taquigráfica para que todo el mundo la lea y saque sus conclusiones. Creo que eso también es positivo y no tenemos que sentirnos agraviados por ello. Quiero decir que a veces hay declaraciones que provienen de los responsables que no son afortunadas; podemos equivocarnos, pero ustedes tienen que ser prudentes en eso. Como dice el señor Senador Solari, la gente hace sus propias lecturas y es fundamental que no desconfíe. La verdad es que esta es la primera vez que oigo hablar de medicina defensiva, y eso que soy abogado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sin perjuicio de que todavía nos quedan algunos temas por cubrir, como el de la objeción de conciencia, quiero precisar el alcance de lo que dije.

En el caso particular de Paso de los Toros, la situación no tomó estado público por las autoridades de ASSE locales o centrales, sino a través de la prensa local y por una queja del viudo. O sea que no es que el sistema haya actuado proactivamente, sino que lo hizo reactivamente, ante una situación que ya había tomado estado público. Eso es lo que genera desconfianza en la población: enterarse a través de la prensa de que existió un problema serio. Yo sé que algunos de estos casos no han estado en la prensa. Hasta hoy yo no los he llevado a la prensa, pero lo voy a hacer porque creo que la gente tiene el derecho de exigirnos a nosotros, a los representantes, que demos la información. Si está equivocada, luego se corregirá, pero mientras tanto la gente tiene derecho a confiar en que lo que se sabe se le dice, aun a riesgo de cometer una equivocación.

En segundo lugar, quiero referirme a una manifestación que se hizo acá acerca de que yo había declarado que se convocaba a la Ministra a la Comisión para que diera explicaciones sobre las muertes que ha habido. En todas las declaraciones de prensa que hice relativas a esta sesión aclaré que la Ministra había solicitado ser recibida y que le habíamos aceptado de muy buena fe su petición, pero que se habían agregado temas adicionales, entre los cuales obviamente estaba el de las muertes, y que, por lo tanto, yo iba a plantear preguntas. Entonces, de ninguna manera se me puede atribuir -ni lo acepto de buen grado- la sospecha de que estoy generando alarma pública cuando digo que voy a hacer lo que dije en Comisión que iba a hacer.

En tercer lugar, respecto a las encuestas de satisfacción y confianza, no conozco ningún país del mundo ni ningún sistema de salud -ni el más malo que uno se pueda imaginar- en el que las encuestas de satisfacción no le den niveles muy altos de confianza, por una razón muy sencilla: es lo que hay y la gente expresa satisfacción por lo que tiene y no expresa insatisfacción o desconfianza tomando como punto de referencia lo que no tiene. Lo digo con bastante propiedad porque la última vez que fui Ministro, con el doctor Amorín realizamos dos encuestas de satisfacción de los usuarios de ASSE. Las dos encuestas dieron niveles altísimos de satisfacción y en ese momento pensamos que la gente no sabía muy bien sobre qué estaba opinando. Es decir que no me alcanzó con eso. Creo que hay que ser proactivos en informar a la gente sobre las dificultades graves, sobre todo cuando se trata de vidas de familias muy humildes como es el caso de este hombre o el de estas cartas que acabo de entregar, que no tienen otra forma de acceder a la opinión pública que no sea a través de los contactos que tienen en su propio pueblo. De manera que no tengo mala intención, y además tengo la mejor de

las opiniones de los Directores de ASSE nombrados por el Poder Ejecutivo con la venia del Senado y de la Gerente General de ASSE, pero creo que hay que actuar mucho más proactivamente cuando se detecta un error porque la confianza surge cuando el piloto toma el micrófono y dice: “Señores, vamos a entrar en una zona de turbulencia; no se asusten porque de esto salimos perfectamente bien”. Si se entra a la zona de turbulencia sin advertirlo a la gente le va mal.

Es cuanto quería decir.

SEÑOR LACALLE HERRERA.- Respecto al tema de las diez denuncias puestas en conocimiento -llamémoslas así para no usar una palabra del señor Senador Solari- la doctora Silva dijo que sobre algunas, tiene distintos datos. Por lo tanto, lo que corresponde es que si el dato distinto es que se llamaba Juan y acá dice Pedro, no viene al caso. Ahora bien, si dice que es un episodio decisivo y que la secuencia lo lleva a la muerte, me parece que la doctora lo tiene que señalar, para que por lo menos aquí nos quedemos con la sensación de que una versión es totalmente cierta, otra tiene un detalle -que a lo mejor no varía el resultado- y la otra es una noticia distinta. Estamos hablando de diez casos de muerte, y creo que en este momento eso tiene prioridad si es que la Directora de ASSE tiene los datos, porque los mencionó como que eran notorios. No sé si la interpreto bien.

SEÑOR GALLO.- El señor Solari anuncia que va a hacer públicos los casos presentados; ante una situación de tanta sensibilidad como la muerte, no tengo dudas de que el criterio que maneja -aunque no lo comparto- es que dar transparencia pública a estos hechos es un signo que apunta a mejorar el sistema. Ese es un criterio. En lo personal, estoy absolutamente en desacuerdo y voy a explicar por qué. De esas diez muertes, seis fueron de óbitos fetales. Entonces, la lectura que se puede hacer de ello es que realmente el sistema de la asistencia materno infantil en nuestro país podría estar afectado por insuficiencias y carencias que provocan ese tipo de situaciones. En ese caso, estaríamos dando un mensaje equivocado porque si hay algo que funciona bien en este país, es el sistema materno infantil, tanto público como privado. Hacer conocer por la opinión pública el hecho de que hubo seis muertes fetales cuyas causas aún hay que analizar y que, en definitiva, no están bien discernidas -leí que en algunos casos pudo haber habido errores médicos- no me parece correcto, cuando es precisamente al revés porque nuestro sistema es excelente. Hablemos del sistema público, de lo que es la asistencia materno infantil del Hospital Pereira Rossell.

Por lo expuesto, me parece que la solicitud de la señora directora de ASSE va en la misma línea que ese pensamiento y que el hecho de no mencionar esos casos a la prensa sería lo más adecuado en función de lo expresado por el señor Presidente.

SEÑORA MINISTRA.- Me gustaría realizar algunas precisiones técnicas en cuanto a la diferencia entre una muerte evitable y una muerte inesperada.

Una muerte evitable -así se designa por la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina- es aquella derivada de errores en el proceso asistencial que pudieron haber generado o no otro desenlace. Una muerte inesperada es la que se produce en una persona que no pensábamos que se iba a morir. Por ejemplo, el paro cardiorrespiratorio. Sabemos que los paro cardiorrespiratorios pueden tener una explicación mórbida -por cierto, la tiene- pero, en realidad, puede tratarse de una persona que salió de su casa y al rato llaman a su familiar para decirle que falleció. Esa es una muerte inesperada.

Digo esto porque en algunos casos me parece que se ha utilizado el término “muerte evitable” -sin duda, sin intencionalidad- de forma tal que confunde. Para aclarar las muertes inesperadas -lamentablemente, a veces se dan en los deportistas- se requeriría de un ateneo -no es el objetivo aquí-, para lo cual deberíamos contar con más datos de la historia clínica, y aun así tal vez no podamos llegar a ninguna conclusión como sucede, por ejemplo, en el caso de los deportistas. Lo que quiero decir es que este tipo de muertes se da tanto en el sector público como en el privado; tenemos pruebas de ello. A nosotros nos duelen todas las muertes y cuando tomamos conocimiento de aquellas que eran evitables, obviamente, solicitamos que se realice una investigación y la actuación de la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina.

Me gustaría hacer referencia al tema de los óbitos fetales. El embarazo es un evento fisiológico en una etapa de la vida de una mujer -como siempre me lo recuerda la doctora Leticia Rieppi, Directora del Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública- en la que existe un mayor grado de morbimortalidad que en aquellas mujeres de la misma edad que no están embarazadas. Lo que no podemos decir -me parece que este es un dato a tener en cuenta- es que las muertes maternas han aumentado ni tampoco que han aumentado los óbitos fetales con respecto a años anteriores. Quizás estos casos se han hecho públicos por una cantidad de razones, con o sin intencionalidad, eso no importa; lo que sí importa es que la mortalidad materna global en el Uruguay no ha cambiado.

Hecha esta aclaración, voy a pedir al señor Subsecretario que realice algunos comentarios, ya que ha trabajado en estas áreas.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Como ya señalé, tengo el privilegio de ser el primer Presidente de la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente, que se conformó el año pasado a punto de partida de los eventos que tuvieron lugar en el mes de marzo de 2012. No soy experto en el tema; apenas estoy estudiándolo, pero creo que es fundamental trasmitir a los integrantes de esta Comisión la importancia de abordar la seguridad de los pacientes como una política de Estado y plantearla como una necesidad de todos los usuarios del sistema. Todos quienes estamos acá somos usuarios del sistema; no importa que pertenezcamos a una institución pública o privada porque las repercusiones en el sistema asistencial van a afectar a cada uno de los que estamos aquí. Por lo tanto, el nivel de responsabilidad es incremental si contamos con mayor información de los hechos.

Quiero referirme al ejemplo que puso el señor Presidente de la Comisión sobre lo que sucedió en la época en que él era Ministro en 1990, o sea, diez años antes de que surgiera el concepto de seguridad del paciente. Claramente, en esa situación se siguió un determinado procedimiento: en primer lugar, se quiso saber qué era lo que había sucedido cuando ese niño muere a causa de una transfusión mal hecha; en segundo término, se dio la cara y se brindó información a los familiares; y, por último -aunque no lo dijo-, supongo que se habrán tomado las medidas necesarias para que no volviera a suceder. Eso es lo que hay que hacer siempre.

En este caso, cuando nos enteramos de lo que había ocurrido, lo primero que hicimos fue dar la cara y hablar de la situación. Concretamente, en el evento de Paso de los Toros la situación fue estudiada y considerada por la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente del Ministerio junto con la Cosepa de ASSE. Cuando los resultados estuvieron prontos, nos sentamos a analizar y concluimos que había habido una clara alteración en el funcionamiento sistémico. Y creo que ese mismo día, o a lo sumo al otro, el Directorio de ASSE se hizo responsable sistémicamente de lo que había ocurrido, que es lo que hay que hacer. Pero primero tenemos que saber qué pasó; si no sabemos qué sucedió y planteamos hipótesis, estamos generando -aunque sin intención de hacerlo- una situación de alarma que desestabiliza absolutamente al sistema. ¿Por qué? Hoy hablamos sobre la importancia de la fidelidad como algo intangible para la estabilidad del sistema, y el otro elemento intangible es la confianza. Hoy día la confianza está realmente lastimada por lo que pasó, y no es porque la oposición genere alarma ni porque nosotros hayamos actuado a destiempo, sino porque lo que sucedió en este país el año pasado fue un tsunami que conmovió a todo el sistema y hoy estamos viendo los primeros resultados. Pero recuerden que se prejuzgó mucho en torno a lo que había pasado y se asumieron como intencionales hechos que aún hoy no se pueden confirmar. Se aseguró que algunas de las muertes ocurridas habían sido provocadas por la acción criminal de los enfermeros y se fue a hablar con los familiares, y hoy sabemos que no fue así, sino que ese era el desenlace esperable en esos pacientes graves. No cometamos el mismo error de hace un año porque eso va a generar alarma pública, y lo digo con el mayor de los respetos y de los compromisos. Desde ya los convoco -por supuesto, con el aval de la señora Ministra- a trabajar en conjunto en estrategias para la seguridad del paciente; este tema es demasiado importante como para dejarlo fuera de la órbita que requiere para dar los pasos necesarios. Además, no podemos generar confusión; una cosa es el análisis sobre la seguridad del paciente, que es sistémico y que se hace para conocer los hechos cuando falla el sistema, y otra, las investigaciones administrativas, que buscan responsabilidades individuales en la cadena de atención. Otra cosa muy distinta son las responsabilidades judiciales. Pero hasta no saberlo, creo que no es adecuado dar a publicidad ningún tipo de lista, sobre todo teniendo en cuenta que estuvimos hablando hasta de denuncias y en esos casos no está claro lo que pasó. La percepción de que pudo haber habido alteraciones en el sistema de atención no significa que se trate de muertes

evitables. Para hablar de muertes evitables se necesita otro nivel de análisis que requiere una acción sistemática: entrevistar a toda la gente que procedió en la atención, hacer lo que se llama la línea del tiempo en la atención de esos pacientes, el análisis causa-raíz y, luego, extraer conclusiones caso a caso. Por eso, suscribo completamente lo que planteaba la doctora Silva en el mismo tono de responsabilidad y coparticipación porque creo que esto es responsabilidad de todos.

Esta Comisión tuvo la sensibilidad para sugerir en su momento el Día de la Seguridad del Paciente. En el contexto concreto que está planteando la Presidenta de ASSE -en el que existe esta situación de medicina defensiva y que nosotros como Rectoría del Ministerio decimos que nos parece inadecuado porque estos casos se están investigando-, nos gustaría mucho que se secundara esta visión. Y acá no es que si se está equivocado se corrige; hay cosas que no se pueden corregir. Si generamos una situación de alarma con casos concretos que se están investigando en pequeñas comunidades del interior del país, no se corrige. Genera una preocupación en la población y en el equipo de salud, que lo único que va a hacer es empeorar los resultados porque la medicina defensiva, que es la respuesta a este tipo de situaciones, lo único que genera es aumento de la iatrogenia y de la mala atención de la salud.

Era cuanto quería manifestar.

SEÑORA MINISTRA.- En cuanto al laudo común, tema al que se había referido la señora Senadora Moreira y sobre el que no sé si continúa la inquietud, tengo algunos datos que me parecen importantes.

Los salarios del equipo de salud, que se registraron en Montevideo, en el interior y en todas las categorías de trabajadores, tuvieron incrementos superiores al 100% en términos reales en el período 2005-2011.

Estas cifras aluden a ASSE. Más adelante voy a referirme a las mutualistas y a realizar un comparativo final.

El mayor incremento relativo en términos reales entre 2005 y 2011 lo tuvieron los técnicos no médicos, un 175% en Montevideo y un 155% en el interior. Los médicos presentaron, en ese período, un incremento del 97% en términos reales en Montevideo y 136% en el interior. En el caso de enfermería, en dicho período, las auxiliares tuvieron un incremento de 121% en términos reales en Montevideo y 94% en el interior mientras que las licenciadas registraron un incremento del 100% y del 128%, respectivamente.

En las mutualistas, considerando el período 2007-2012 -que es del que disponemos información-, los incrementos del subsector laudados a través del Consejo de Salarios implicaron un incremento del Salario Real de 22% para los médicos, del 28% para los trabajadores no médicos de menores salarios y del 21% para los de mayores salarios.

El aumento superior de ASSE en relación a las mutualistas en el período considerado, implicó una reducción importante de las brechas salariales preexistentes. En el caso de las profesiones no médicas asistenciales auxiliares, licenciadas en enfermería y tecnólogos, ASSE finaliza el período con salarios mayores a los que pagan en promedio los prestadores integrales privados.

De todas formas, se ha ido a grupos de negociación colectiva con una reforma del laudo en el subsector privado, integrada al Consejo de Salarios y al Grupo 15. El acuerdo alcanzado en el 2012 abarca medicina general, familiar, pediatría y ginecología. El cambio en el régimen de trabajo incluye un período de transición para respetar los derechos adquiridos de los trabajadores médicos. Implica el pasaje al nuevo laudo que es voluntario para los médicos que se encuentren trabajando y obligatorio para los nuevos cargos. Entonces, aquí se establece un laudo según la Circular 67, con una carga horaria menor y con determinadas actividades por cargo que son básica y únicamente asistenciales; se trata de cargos unifuncionales -si los señores Senadores quieren después podemos alcanzarles esta información-, con guardias de 24 horas, incidencia del pago variable, del cual el 50% es en Montevideo y no tienen referenciada la población. Al pasar al nuevo laudo se establecen cargos de 40 a 48 horas, es decir, de alta dedicación horaria, como le llamamos nosotros. Son cargos polifuncionales que

incluyen policlínica, atención domiciliaria urgente y no urgente, urgencia y emergencia descentralizadas y actividades institucionales y de educación para la salud. Se incluyen, por ejemplo, estos Comités de Seguridad del Paciente y Comités de Infecciones en la carga horaria a realizar por estos médicos. En cuanto a las horas de trabajo continuas, se plantean guardias con un máximo de 16 horas de trabajo continuo, y no de 24.

Me parece que no tiene demasiado valor explicar ahora cómo sería el pago variable, pero sí debemos decir que, además, tienen poblaciones georreferenciadas, de las cuales este médico es responsable.

Lo cierto es que, además, se alcanza un acuerdo en diciembre de 2012 entre el Sindicato Médico del Uruguay, ASSE y los Ministerios de Salud Pública, de Trabajo y Seguridad Social y de Economía y Finanzas, a fin de trabajar colectivamente para la convergencia de los salarios y condiciones de trabajo entre los subsectores públicos y privados, generando una Mesa de Negociación Colectiva para ASSE en el ámbito de la Ley de Negociación Colectiva. Por otro lado se establece la Meta 4, que está destinada a financiar los cargos de alta dedicación; se trata de cargos que ya existían en el sector público y ahora se incorporan al sector privado.

Con eso estoy contestando la pregunta que formuló la señora Senadora Moreira porque, aunque no se encuentra en Sala, me pareció importante responderle.

SEÑOR GALLO.- Con respecto al tema del laudo médico único, quería decir lo siguiente. Cuando se estructuró la reforma, se dijo que se hacía sobre una sustentación legal de cinco leyes: la de descentralización de ASSE, la del Fonasa, la del Sistema Nacional Integrado de Salud, la de derechos de los pacientes y una quinta, que era la del estatuto del trabajo médico, que también estaba dentro del desarrollo integral de esto. Mi pregunta es si se está trabajando en eso, si lo que está informando la señora Ministra está en esa línea, o si realmente piensan que puede haber un estatuto definitivo de trabajo médico que iguale la función para todo el sistema, a los efectos de facilitar las cosas. Esa sería la quinta ley que integraría el sistema totalmente, atacando todos los factores.

SEÑORA MINISTRA.- En esa línea se está trabajando con diferencias entre lo que opinan los juristas en cuanto a las posibilidades de lograr un estatuto único, o si debería haber un estatuto para el funcionario público y otro para el resto de los trabajadores de la salud.

En este momento estamos trabajando todas estas líneas en la División de Recursos Humanos que se formó, justamente, en la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud. Aquí se abordan distintos aspectos, desde analizar las condiciones laborales y salariales -es lo que se empieza a analizar aquí- del subsector público y privado de los distintos trabajadores de la salud, hasta estudiar los elementos que tienen que ver con la formación, la capacitación e, inclusive, la acreditación, tal como lo plantea el Colegio Médico del Uruguay. Por lo tanto, esta no es hoy una discusión cerrada; sí estamos trabajando en estas líneas. Hoy no puedo decir a qué vamos a llegar finalmente, pero sí puedo afirmar que se está haciendo un trabajo muy minucioso y muy prolijo, en el que intervienen todos los actores involucrados.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hay dos puntos que planteé, de los cuales -por lo menos, yo- no tengo registrada la contestación.

El primero refiere a la iniciativa de indagar sobre las objeciones de conciencia planteadas por los ginecólogos, en qué situación está y, el otro, es el relativo a qué posición tiene el Poder Ejecutivo sobre la modificación de su Decreto relativo al estatuto de las cooperativas de profesionales.

SEÑORA MINISTRA.- Como es de conocimiento de los señores Senadores, ocupo este cargo desde el 25 de febrero de este año. En realidad, yo solicité la prórroga que los señores Senadores votaron y, finalmente, en el día de ayer me reuní con el Presidente, que considera que debo establecer una Mesa de Negociación con los actores involucrados. Esto fue lo que hoy trasmití al Gabinete. Por lo tanto, no puedo brindar una respuesta definitiva en el día de hoy porque no correspondería.

SEÑOR GALLO.- La señora Ministra piensa que se necesitará otra prórroga.

SEÑORA MINISTRA.- Vamos a tratar de que no.

SEÑOR GALLO.- Sería conveniente.

SEÑORA MINISTRA.- Corresponde que haga uso de la palabra el señor Subsecretario, doctor Briozzo, para referirse al tema de la objeción de conciencia.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Como es de conocimiento de los señores Senadores -porque la ley se votó aquí- el concepto de objeción de conciencia es la primera incorporación al Derecho positivo en la historia de nuestra Legislación. En la reglamentación de la ley -que tuvimos que hacer en tiempo récord, en veinte días- nosotros no establecimos ningún requisito o procedimiento para que se diera la objeción de conciencia por parte de los ginecólogos que así lo entendieran necesario.

Lo que encontramos a fines del año pasado y a comienzos de este, fue una gran confusión con respecto al concepto de objeción de conciencia. La objeción de conciencia se define como la negativa a desarrollar un acto clínico avalado por las leyes -y, por lo tanto, derecho de las personas- por razones propiamente de conciencia, es decir, por valores morales, religiosos o ideológicos. Muchos colegas no sabían lo que era la objeción de conciencia y la confundían, por ejemplo, con la desobediencia civil, en el sentido de no estar de acuerdo con una ley y no querer cumplirla o la pseudo objeción de conciencia, se planteaba que estaban en contra de la forma en que había sido reglamentada la ley o de los procedimientos que se establecían para la interrupción voluntaria del embarazo. Esto llevó a que el 3 de enero de este año nosotros planteáramos en un reportaje la necesidad de tener un procedimiento -y así lo definimos- para que se tomara la objeción de conciencia como válida. En ningún momento -no voy a elevar el tono de voz, pero quiero ser enfático para que conste en la versión taquigráfica-, ni en lo personal ni como Ministerio, se nos ocurrió pedir una justificación de la causa de la objeción de conciencia porque eso va, justamente, en la objeción de conciencia de cada uno, no importa saber si uno hace objeción de conciencia porque es católico, musulmán, judío o umbandista, en el plano religioso o filosófico, porque es idealista, o lo que sea. Lo que sí importa es que el que hace objeción de conciencia conozca qué es la objeción de conciencia y para eso nos reunimos con la Facultades de Medicina y de Derecho y con el Colegio Médico y nos pusimos de acuerdo en la necesidad de tener un procedimiento que sea firmado por aquellos colegas que formulen objeción de conciencia en los cuales figure: en primer lugar, la definición de objeción de conciencia; en segundo término, los alcances de la objeción de conciencia y, en tercer lugar, las limitaciones de la objeción de conciencia, porque tiene limitaciones, por ejemplo, en los casos que requieren una acción urgente y no hay otro profesional disponible, ahí priman los derechos de la persona -la usuaria- frente al derecho del profesional de negarse a hacer ese acto. El otro punto que entendemos importante introducir es a qué se hace objeción de conciencia, si es a la prescripción de los fármacos con los cuales la mujer se realiza el aborto o se hace la objeción de conciencia a desarrollar el aborto. Como saben los señores Senadores es muy distinto como se practica el aborto hoy, porque hay una revolución tecnológica que es el uso de la misopristona y el misoprostol que, combinados, hacen que por primera vez en la historia de la humanidad una mujer, de manera segura, efectiva y basado en evidencias científicas, pueda producirse un aborto sin la participación de terceras personas. Esto es de lo que estamos hablando. Todo lo demás ha sido amplificación mediática de algo que no existió como tal, con repercusiones múltiples, sobre todo en lo que es la desinformación colectiva, que tengo el gusto de poder aclarar aquí.

En la última reunión que tuvimos con representantes del Colegio Médico del Uruguay y de la Facultad nos pusimos de acuerdo en cuanto a un procedimiento. Este consiste en una hoja que establezca esto. En ningún momento se le va a plantear al profesional que diga por qué hace objeción de conciencia, pero sí que tenga que leer lo que es la objeción de conciencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si entendí bien, señor Subsecretario, lo que se va a hacer es una especie de cartilla donde se defina la objeción de conciencia, se establezca su alcance y sus limitaciones. No se va a requerir ninguna manifestación adicional, por parte de quienes hayan objetado la aplicación de la ley.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Creo que hay que ser muy claro en esto.

Cuando nos reunimos con los representantes de las Comisiones de Bioética de las Facultades de Derecho y de Medicina, y con el Colegio Médico del Uruguay, desde la Facultad de Derecho fuertemente se planteaba la necesidad de que, como la objeción de conciencia hace que la persona que objeta esté al margen de la ley, ella debiera explicar por qué. Sin embargo, la posición que primó en el grupo fue que, dadas las circunstancias, creíamos que lo primero que había que hacer era una tarea educativa de los profesionales en este sentido para que supieran qué es la objeción de conciencia. Eso es lo que planteamos y lo que vamos a desarrollar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a leer una frase que le es atribuida para que me diga claramente si usted está de acuerdo, o no, con ella.

Se trata de un artículo publicado en el diario El Observador el 4 de enero de este año. En él se establece que el doctor Briozzo admite que, aunque el reglamento no lo exige, el Ministerio de Salud Pública está trabajando en un procedimiento que obligue a los médicos a dar "una justificación real" de su objeción de conciencia.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- No, señor Presidente. Esa frase no es mía, en absoluto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me alegro enormemente.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Como dije, señor Presidente, el artículo salió publicado en Búsqueda el 3 de enero. El 4 de enero comenzó la parafernalia, que duró unos quince días aproximadamente.

La justificación que nosotros planteamos es que aquel médico que objeta sepa qué es la objeción de conciencia; no que diga por qué hace objeción de conciencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si los señores Senadores no desean plantear ningún otro tema, agradecemos la presencia de la señora Ministra, del señor Subsecretario, de la Presidenta del Directorio de ASSE, de la Gerenta General de ASSE, de los demás integrantes del Directorio y asesores por haber concurrido y habernos tolerado hasta las nueve de la noche.

Creo que ha sido un intercambio positivo. Tenemos que dar seguimiento a algunos de los temas que tenemos pendientes, como la Fertilización Humana Asistida y demás.

Muchas gracias.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 20 y 58 minutos.)